

## DEVELOPPER L'AUTODETERMINATION EN INSTITUTION

*Comment les professionnels peuvent-ils renforcer l'autodétermination chez des personnes hébergées en institution suite à des troubles psychiques ?*

Sierre, Module TB

Réalisé par :

**Jallut Mathieu, BAC 14**

Responsable :

**Boulé Christophe**

## Table des matières

1	Introduction .....	6
1.1	Question de départ.....	6
1.2	Question de recherche .....	7
2	Cadre théorique .....	8
2.1	L'autodétermination .....	9
2.1.1	Être l'agent causal de sa propre vie.....	10
2.2	Le modèle de Wehmeyer .....	10
2.2.1	Caractéristiques essentielles du comportement autodéterminé.....	11
2.3	Autres conceptions de l'autodétermination .....	22
2.4	Hypothèses .....	24
3	Cadre de la recherche (terrain) .....	24
3.1	Population .....	24
3.2	Mission et buts de la Fondation emera.....	25
3.3	Trois services distincts .....	25
3.4	Soutien Socio-Educatif à Domicile (SSED) .....	25
4	Méthodologie .....	26
4.1.1	La recherche action .....	26
4.1.2	Historique.....	27
4.1.3	La recherche-action dans le cadre du travail social .....	27
4.2	Modèles de recherche action .....	28
4.2.1	Modalités d'intervention .....	29
4.2.2	Modalités générales :.....	29
4.3	Outil terrain :.....	30
4.4	Première situation : évaluation de l'empowerment psychologique, M.H.....	30
4.4.1	Bilan initial.....	30
4.4.2	Action.....	31
4.4.3	Evaluation .....	32
4.5	Questionnaire 1, sujet 1 : Effet de l'action du chercheur du la dimension empowerment psychologique.....	32
4.6	Deuxième situation : Monsieur B, évaluation de la dimension « fonctionnement autonome » (prise de décision et capacité à faire des choix). ..	34
4.6.1	Bilan initial.....	34

4.6.2	Action.....	35
4.6.3	Evaluation.....	36
4.7	Questionnaire 2, sujet 2 : Effet des actions entreprises sur le fonctionnement autonome (capacité à faire des choix).....	36
5	Analyse d'entretiens : bilan intermédiaire et final.....	38
5.1	Chronologie et déroulement du processus :.....	38
5.2	Situation 1 .....	39
5.2.1	Bilan intermédiaire :.....	39
5.2.2	Bilan final : .....	43
5.4	Situation 2 : .....	49
5.4.1	Bilan intermédiaire :.....	49
5.4.2	Bilan final : .....	54
6	Conclusion .....	60
6.1	Synthèse : .....	60
6.2	Limites.....	60
6.3	Opportunités :.....	62
7	Bibliographie .....	64
8	Annexes.....	66
8.1	Convention relative au droit des personnes handicapées (CDPH).....	66
8.2	Concept du Service Hébergement (Fondation Emera).....	68

## Résumé :

Développer l'autodétermination chez des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant en institution est un défi primordial dans le cadre du travail social. Il semble en effet exister un certain nombre de contraintes qui semblent compliquer le développement d'une telle optique en institution : les croyances intériorisées par un certain nombre de bénéficiaires (impuissance apprise, locus of control externe), les peurs de certains professionnels, le risque de régression (momentanée ou non) dans certains domaines de la vie de la personne accompagnée, ou encore les attentes de résultat que peuvent avoir les bénéficiaires, et parfois leur entourage.

Bon nombre d'auteurs ont développé le concept d'autodétermination (parfois également appelé développement du pouvoir d'agir ou DPA), mais la vision qui sera gardée comme pierre angulaire du présent raisonnement sera le modèle en quatre dimensions de Michael Wehmeyer (1997). Ce modèle démontre qu'un individu peut avoir un degré d'autodétermination variable dans les quatre domaines du comportement autodéterminé (Comportement Autonome, Autorégulation, Empowerment Psychologique, Réalisation Personnelle), et ce en fonction du contexte et des capacités propres à l'individu.

L'hypothèse est faite ici qu'une intervention ciblée sur un domaine en particulier peut aboutir à des résultats concrets en termes d'amélioration de la capacité à agir de façon autodéterminée. C'est pourquoi les effets de l'action du chercheur sur une dimension particulière du modèle de Wehmeyer sont évalués dans le présent travail, au moyen d'une recherche-action. Cette recherche se déroule dans un cadre institutionnel, durant une période de deux mois et évalue l'impact d'une action ciblée sur la capacité à agir de manière autodéterminée, chez deux bénéficiaires de l'institution.

## Mots-clé :

- Autodétermination
- Institution
- Psychiatrie
- Accompagnement
- Motivation
- Stratégies

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que son auteur. Afin de rendre la lecture aisée, le masculin est employé de manière neutre et s'applique ainsi aux deux genres. J'assure avoir personnellement rédigé ce travail de recherche et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées.

# 1 Introduction

Dans le cadre de l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques, la question de savoir s'il faut en priorité protéger l'individu ou lui permettre de faire ses propres choix, quitte à parfois prendre certains risques, est constamment présente. La double mission d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap, tout en favorisant leur autonomie est actuellement un des principaux enjeux de ce type d'accompagnement. Ce type de mission est en adéquation avec la récente convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées (CDPH, 2014), en vigueur pour la Suisse depuis le mois de mai 2014. Cette convention met particulièrement l'accent sur l'importance de favoriser l'autodétermination chez les personnes en situation de handicap et de veiller à ce qu'elles bénéficient de droits fondamentaux inaliénables.

*« Les principes de la présente Convention sont, le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes, la non-discrimination, la participation et l'intégration pleines et effectives à la société » (CDPH, 2014, art.3).*

Il est important de relever que dans cette convention internationale sur le droit des personnes en situation de handicap, les notions d'autonomie individuelle, la liberté de faire ses propres choix ainsi que l'indépendance des personnes en situation de handicap, apparaissent déjà dans le troisième article. Ces principes sont donc fondamentaux dans le cadre de cette nouvelle convention, dont la Suisse se doit de respecter les principes de par sa récente adhésion. A ce titre, il semble que les professionnels qui prennent en charge ou accompagnent, de quelque manière que ce soit des personnes en situation de handicap, doivent avoir en tête l'importance de faire respecter de tels droits chez leurs bénéficiaires.

Il peut donc sembler légitime de se demander ce qu'il en est réellement sur le terrain et dans quelles conditions il est possible de mettre en œuvre ces nouveaux paradigmes. Il n'est pas garanti qu'à l'heure actuelle les professionnels disposent de suffisamment de connaissances (théoriques ou pratiques) pour permettre de renforcer le pouvoir d'agir chez les bénéficiaires. Le fait de concilier une telle vision avec un cadre sécurisant et soutenant est-il réellement possible ?

Telles sont, entre autres, les problématiques auxquelles ce travail va tenter de répondre.

## 1.1 Question de départ

Ce questionnement est issu de ma pratique professionnelle. En tant qu'accompagnant en hébergement, je travaille auprès de personnes souffrant de troubles psychiques depuis plusieurs années et, à maintes reprises j'ai eu le sentiment qu'il fallait être attentif à un glissement possible dans cette pratique, à savoir qu'en voulant être aidant et bienveillant, on pourrait avoir une attitude risquant de pousser les personnes accompagnées à dépendre excessivement d'autrui. En effet, certaines personnes que j'ai l'occasion d'accompagner au quotidien semblent douter de leurs capacités à entreprendre des actions, prendre des décisions, en somme, elles ne semblent pas habituées à être acteurs de leurs vies, mais parfois plutôt spectateurs. Chez certaines personnes cette tendance semble parfois se renforcer avec le temps, surtout lorsque certains individus évoluent depuis de nombreuses années en milieu institutionnel.

Selon Halloran (1993), permettre aux gens de faire des choix responsables est l'un des enjeux principaux du travail social. La question se pose donc de savoir quelles stratégies mettre en place pour y parvenir.

Ceci peut sembler d'autant plus compliqué lorsqu'on parle de personnes qui n'auront peut-être jamais les ressources pour analyser et comprendre les conséquences de leurs choix. Il est également possible qu'il existe des individus pour lesquels faire des choix serait, au contraire, quelque chose d'anxiogène et déstructurant plutôt que favorisant, du moins dans certains domaines. Si tel est le cas, il est nécessaire d'évaluer les domaines dans lesquels les individus ont besoin de cadre et de guidance et, inversement (Wehmeyer, 1999). Il semble que la posture du professionnel puisse avoir une influence sur le développement de ce genre de capacités, mais nous y reviendrons.

J'ai donc, depuis environ une année, mené quelques entretiens préparatoires non-formels avec plusieurs professionnels de l'éducation sociale autour de la notion d'autodétermination. Or, force est de constater que la notion d'autodétermination est souvent perçue, à tort, comme un synonyme de *laisser-faire* ou *lâcher prise* sur les situations. Plusieurs professionnels pensent que ce concept est difficilement compatible avec la notion de cadre structurant, qu'il soit éducatif ou psychiatrique. Or, comme le décrit Wehmeyer (2002), c'est une mauvaise compréhension du concept car il s'agit au contraire de renforcer la capacité de l'individu à opérer des choix qui lui soient profitables, dans un espace avec des règles impliquant que chaque comportement a des conséquences, bénéfiques ou non, et donc des enjeux.

Comme le décrit notamment Deslauriers (2007) « *le changement individuel peut déboucher sur le changement social et structurel* » (Deslauriers, 2007, p. 3), ce qui signifie que les minorités, quelles qu'elles soient (migrants, personnes en situation de handicap, de marginalisation, pauvreté, entre autres) bénéficieraient grandement à s'approprier davantage la notion de pouvoir d'agir, afin de prendre le contrôle sur leurs vies. Ceci met également en avant le fait que ces minorités peuvent être en mesure de produire du changement social, plutôt que d'être victimes, notamment d'un ensemble de préjugés, stéréotypes et autres discriminations, pour ne citer que cela.

Ce changement social à plus grande échelle devrait même, selon Deslauriers (2007) leur permettre de prendre ainsi une certaine forme de pouvoir, dont elles sont bien souvent démunies : « *le pouvoir est justement la capacité de ceux qui sont soumis d'agir ensemble pour ébranler la structure qui les opprime. Cette [...] conception a parfois été qualifiée de conscientisation* » (Freire, cité par Deslauriers, 2007, p. 4).

C'est donc en ce sens qu'un travail sur l'autodétermination des personnes en situation de handicap psychique (qui potentiellement peuvent être une minorité opprimée) est fondamental dans le cadre du travail social de manière générale, à un niveau individuel d'abord, puis collectif ensuite.

Et enfin, une autre raison qui m'a poussé à traiter ce sujet est le fait qu'il n'existe à l'heure actuelle, à ma connaissance du moins, aucune étude qui se soit penchée sur la  *faisabilité*  de la mise en œuvre d'un concept comme l'autodétermination dans le cadre d'une institution abritant des personnes souffrant de troubles psychiques. Par exemple, l'étude de Baumgartner (2013) traite des conditions permettant de renforcer le pouvoir d'agir auprès des personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou encore de handicaps somatiques, mais aucune étude ne traite réellement de l'application d'un tel concept dans le champ des troubles psychiques. De plus, il semble que cette population soit particulièrement riche en termes de diversité dans la prise en charge, ainsi que par rapport à la possibilité de renforcement du pouvoir d'agir, de la capacité de discernement ou à faire des choix éclairés.

## 1.2 Question de recherche

La question principale sous-jacente à cette recherche pourrait donc être formulée de la manière suivante :

***Quels peuvent être les outils à mobiliser par les professionnels pour permettre de renforcer l'autodétermination des personnes souffrant de troubles psychiques et placées dans des structures d'hébergement spécialisées ?***

Ce travail tentera donc de déterminer dans quelle mesure il est possible de renforcer l'autodétermination dans un cadre institutionnel, mais aussi, et surtout, de quelle manière. En ce sens, la posture du professionnel semble particulièrement déterminante par rapport au fait de renforcer ou non le pouvoir d'agir chez le bénéficiaire. En effet, un professionnel qui prendrait une posture d'expert ou d'instance contrôlante, ne pourrait en aucun cas renforcer le pouvoir d'agir chez les bénéficiaires, et tendrait à renforcer chez ces derniers le sentiment d'impuissance apprise. En revanche, une posture de « passeur » dans laquelle la solution est co-construite et où les professionnels font appel aux compétences de l'individu, semble nettement plus orientée vers le renforcement du pouvoir d'agir.

Tel est donc un des points principaux que ce travail va tenter d'éclaircir, principalement au niveau de sa validité écologique sur le terrain.

De cette question principale naissent bien évidemment plusieurs sous-questions, dont celle, fondamentale à mon sens, de savoir quels sont les domaines où il est possible de pousser la personne vers davantage d'autodétermination et ceux dans lesquels il n'est pas (ou pas encore) possible d'entrer dans une telle démarche. En effet, certains domaines tels que la médication peuvent tout à fait être abordés dans une démarche de

conscientisation, mais il existe sans aucun doute certains cas où cette démarche ne peut se faire, au vu des risques que cela comporterait.

En revanche, accompagner une personne dans une optique de renforcement du pouvoir d'agir, serait de permettre à l'individu d'entrer dans une démarche de conscientisation, pouvant lui permettre de peser le pour et le contre de l'une ou l'autre des situations (accepter ou non de prendre son traitement par exemple). Mais comment mettre ceci en place ? S'il n'est pas envisageable de laisser une personne entrer dans une démarche de conscientisation par rapport à la totalité de son traitement, peut-être est-ce possible de lui laisser expérimenter, voire décider, de baisser un peu son traitement et d'en peser les conséquences, quitte à se réajuster ensuite ?

Telles sont, entre autres, les questions auxquelles ce travail tentera de répondre.

## 2 Cadre théorique

Suite à ces éléments, nous pouvons donc constater qu'une analyse fine de la personne, des domaines dans lesquels elle est capable de prendre des décisions qui lui soient bénéfiques sur le long cours (donc de faire des choix aux conséquences non-risquées) est nécessaire afin de savoir dans quelle(s) situation(s) on peut pousser une personne à être maître de son destin ou non.

De plus, il semble que ce type de capacités peut s'exercer, s'entraîner (aussi par la médiation d'un travailleur social) afin de ressentir un sentiment de compétence personnelle, donc d'être en mesure de s'autodéterminer sur le plan existentiel. D'ailleurs, on peut lire chez Wehmeyer (1999) qu'il s'agit plus d'un état d'esprit, d'une dynamique dans laquelle un individu se trouve, ou ne se trouve pas, que d'une finalité.

Comme on pourra le lire également chez Le Bossé (2002), pour lutter contre l'impuissance apprise, ou le sentiment de n'être pas maître de son existence et devoir constamment s'en référer à une autorité supérieure, experte, il est primordial de renforcer le sentiment de compétence et la capacité à s'autodéterminer chez l'individu. Dans le cas contraire, la personne risque d'apprendre à son insu qu'elle n'est pas capable, qu'elle a besoin des autres pour fonctionner, et donc qu'elle dépend d'autrui et ne peut fonctionner sans se référer à cette instance supérieure.

Ce type de pensées, très néfaste pour l'image de soi, semble donc contraire au mandat d'amélioration des conditions de vie que revendiquent la plupart des institutions offrant un soutien aux personnes en proie à des difficultés diverses. Il est donc primordial que les institutions de ce type continuent non seulement de revendiquer, mais surtout d'appliquer de manière réelle et efficiente une ligne visant à l'autodétermination des bénéficiaires.

Comme le font remarquer Martin et al (1993), une des raisons pour lesquelles beaucoup de jeunes personnes en situation de handicap n'arrivent pas à obtenir des succès dans ce qu'elles entreprennent, c'est parce que le système éducatif (qu'il soit de type scolaire ou plus spécialisé) ne leur a pas permis de devenir des jeunes gens agissant de manière autodéterminée, c'est-à-dire prenant leurs propres décisions, selon leurs propres critères et objectifs personnels, et étant par là-même acteurs et non observateurs de leurs propres vies.

Un des risques que courent certaines personnes en situation de handicap, en particulier lorsqu'elles sont hébergées par des institutions sociales (foyers, homes) ayant pour but de leur assurer une certaine forme de qualité de vie (donc une certaine forme de sécurité) est donc de tomber dans une dérive *sur-protectionniste*. En effet, dans le domaine du handicap, quel qu'il soit, si la façon de procéder des institutions hébergeant et des professionnels y travaillant n'est pas essentiellement tournée vers la volonté de renforcer l'autodétermination chez leurs bénéficiaires, le risque que courent ces derniers est de ne pas être correctement outillés pour être acteurs de leurs propres existences, comme l'écrivent de façon imagée et pour le moins parlante, Martin et al (1993) :

*If students floated in life jackets for 12 years, would they be expected to swim if the jackets were suddenly jerked away ? Probably not. The situation is similar for students receiving special education services. All too often these students are not taught how to self-manage their own lives before they are thrust into the cold water of post-school reality.*

*Halloran (1993) identified self-determination as the ultimate goal of education (Martin et al., 1993, cité par Wehmeyer, 1997, p.176).*



Ainsi, dans la mesure où les personnes qui dépendent fortement d'autrui, à cause de l'intensité de leurs difficultés (physiques ou psychiques), peuvent rapidement se retrouver dans une posture de subordination et donc en viennent à douter de leurs capacités à agir sur le monde qui les entoure. Le fait de dépendre d'autrui engendre en effet une forme d'automatisme de pensée, qui pousse l'individu à intégrer le fait qu'il a besoin de l'autre pour entreprendre des actions qu'en réalité, il peut entreprendre seul. Ce sentiment est parfois renforcé par les institutions ou mesures restreignant la liberté de certains individus, pour des raisons de protection.

Bien évidemment ces risques sont souvent réels et le besoin de protection l'est aussi, tant pour la personne que pour son entourage, mais il n'en demeure pas moins qu'un équilibre est à trouver entre sécurité et liberté individuelle, entre protection et autonomie, prise en charge et accompagnement, entre guidance et autodétermination.

A l'inverse, nous pouvons également avancer le fait que certaines personnes n'ont probablement pas les capacités à être autonomes en fonction de la sévérité de leur handicap. Il est vrai que selon les domaines, il est impossible pour certaines personnes d'obtenir plus d'autonomie ou d'être réellement acteurs de leurs vies. Cela peut être le cas pour des personnes souffrant de graves handicaps moteurs ou intellectuels par exemple, pour qui il sera par exemple compliqué d'avoir le choix de s'engager dans certains domaines de la vie sociale, associative ou de faire des choix rationnels dans la vie de tous les jours de par leurs limitations (cognitives, motrices ou éventuellement en termes d'incapacité d'exercer certains droits civils).

Dans le cadre de ce projet, je mettrai en avant plusieurs concepts théoriques sous-jacents à cette réflexion autour de l'autodétermination. Une des visions qui, à mon sens, permet d'affiner considérablement la question, est le modèle présenté par Michael Wehmeyer (1999), qui sera développé ci-dessous.

## 2.1 L'autodétermination

Historiquement le terme autodétermination fait référence au droit d'une nation à se gouverner elle-même. Nous avons d'ailleurs récemment vu l'exemple de la Catalogne, qui revendiquait son droit à l'autodétermination, c'est-à-dire à l'indépendance par rapport au gouvernement espagnol. Le référendum de 2017 sur l'indépendance de la Catalogne demandait aux citoyens espagnols s'ils voulaient que la Catalogne soit un état indépendant sous la forme d'une république. Il a été rejeté par le Tribunal Constitutionnel Espagnol le 17 octobre 2017.

Durant les deux dernières décennies, a été utilisé par les personnes soutenant les droits des personnes en situation de handicap pour revendiquer le droit de ces dernières de faire des choix concernant leurs vies et d'être en mesure de prendre des décisions concernant les choses qui les touchent de manière quotidienne : « *the right to make choices about their lives and take control of decisions that affect them on a day-to-day basis.* » (Ward, cité dans Wehmeyer, 1999, p.176). En d'autres termes, il s'agit pour les personnes en situation de handicap d'avoir l'opportunité d'exercer les mêmes droits civils et humains que ceux dont peuvent bénéficier le reste des citoyens du pays.

Un second usage du terme vient de la littérature sur la motivation. Il est important de noter que dans ce type de littérature, comme par exemple chez Deci & Chandler (1986) l'autodétermination est définie comme un **besoin** contribuant à la capacité à trouver une forme de motivation intrinsèque. Selon ces auteurs, la motivation intrinsèque est la source d'énergie qui est centrale à l'activité de tout organisme. Ils la définissent de la manière suivante : « *the innate, natural propensity to engage in one's interests and exercise one's capacities, and in so doing, to seek and conquer optimal challenges* » (Deci & Chandler, 1986, p.43). Le fait d'agir de manière autodéterminée est donc primordial pour agir avec motivation intrinsèque, qui est également une condition pour pouvoir atteindre ses objectifs de manière efficace et fructueuse.

Plus récemment, une troisième conception est apparue : celle de l'autodétermination comme un résultat d'un processus d'éducation ou d'accompagnement. Comme le note Wehmeyer (1999) : « *this conceptualization was an outgrowth of the demands for people with disabilities to experience more control and choices in their lives* » (Wehmeyer, 1999, p.177).

Si l'on en croit Irving Martin, cité dans Wehmeyer (1999), les propos des personnes souffrant de difficultés qu'elles soient physiques ou psychiques sont univoques : ils ou elles souhaitent systématiquement pouvoir être acteurs de leurs existences et souffrent souvent du sentiment de se voir imposer de manière excessive l'influence d'autrui :

*« The message from people with disabilities has been loud and univoqual. Control, choice and self-determination are critical to their quality of life and they deserve the same right to experience these as any other citizen. »* (Wehmeyer, 1999, p.183).

### 2.1.1 Être l'agent causal de sa propre vie

L'autodétermination selon Wehmeyer n'est pas un synonyme d'autonomie. Il s'agit d'une caractéristique qu'un individu peut posséder dans certains domaines de sa vie et qu'il peut exercer, comme chaque individu, dans un cadre où des contraintes sont présentes. Comme le montre plusieurs auteurs, dont Michael Wehmeyer, l'autodétermination va bien au-delà de la possibilité de faire des choix. Il ne s'agit pas non plus d'une liste de comportement à avoir, mais plutôt de certaines capacités à renforcer dans des domaines donnés, à des moments donnés de la vie de l'individu. Car il est une chose de faire des choix, mais encore faut-il que ces choix aient des conséquences qui soient « profitables » pour la personne. Et pour cela, il faut également qu'il y ait des enjeux, mais nous y reviendrons.

Le fait qu'une personne soit l'agent causal de sa propre vie (« causal agency ») est un concept central dans la théorie de l'autodétermination proposée par Wehmeyer (1999). Ceci implique qu'un individu fasse en sorte que des choses arrivent dans sa propre vie, qu'il en soit la cause et non une influence externe. L'individu qui devient l'agent causal de sa propre vie agit avec l'intention de construire et de prendre en main son futur :

*« A causal agent is someone who makes or causes things to happen in his or her life. Self-determined people act as the causal agents in their lives. They act with intent to shape their futures and their destiny. »* (Wehmeyer, 1999, p.56).

La notion d'intention est primordiale dans une telle conception. Les individus qui veulent être les agents de leur vie ne sont pas toujours en position de décider de ce qu'ils veulent faire, il s'agit plutôt d'un état d'esprit, d'une volonté de ne pas dépendre excessivement des injonctions d'autrui. Être l'acteur de sa propre vie ne signifie donc pas que la personne décide de tout, mais plutôt qu'elle puisse, autant que possible, prendre des décisions et agir sans l'influence d'une personne externe, lorsque cela est opportun. En effet, comme le mentionne Angyal (1941), les humains ne sont jamais complètement autonomes ou indépendants, mais sont plutôt interdépendants :

*« For all people, choices are frequently constrained and rarely represent optimal options. We are dependent on numerous other people in our decisions (...) our plans are interfered with by the plans or actions of others, sometimes to our benefit »* (Angyal, cité dans Wehmeyer, 1999, p.58).

En effet, pour tout un chacun, il existe un nombre établi de règles à respecter, quel que soit le contexte dans lequel la personne évolue. Nous devons bien souvent prendre en compte bon nombre d'autres personnes ou instances lorsque nous prenons des décisions, l'important dans le fait d'être un agent causal est donc de pouvoir prendre une décision sans influence excessive d'autrui :

*« In short, self-determination does not reflect an absence of influence or even interference. Instead, it reflects choices and decisions made without undue (excessive) interference or influence »* (Wehmeyer, 1999, p.57)

## 2.2 Le modèle de Wehmeyer

Selon les domaines évalués dans une étude de Wehmeyer (1996) à savoir « Home and Family Living, Employment, Recreation and Leisure, Transportation, Money Management and Personal Leadership » (Wehmeyer, 2002, p.181)

les personnes qui agissent de manière plutôt autodéterminée sont également **plus autonomes, résolvent de manière plus effective des problèmes de nature sociale ou relationnelle, sont plus assertives et conscientes d'elles-mêmes**. Il semble donc que cette notion d'autodétermination ait bon nombre de bénéfices pour les personnes qui sont en mesure d'agir de la sorte.

Mais qu'en est-il des personnes qui n'ont pas nécessairement été habituées ou entraînées à agir de façon autodéterminée. Est-ce que la qualité de vie de ces personnes, par exemple souffrant d'un handicap ou de limitations particulières, serait augmentée si elles se comportaient de manière autodéterminée ?

*« There are people who possess such skills (to produce self-determined behavior) and the opportunity to use them, who still do not act in a self-determined manner, usually because they have come to believe they cannot adequately perform the behavior or because they believe that doing so would be fruitless. » (Wehmeyer, 1999, p. 57).*

Ce qu'il faut comprendre ici est qu'à partir de faits relativement objectifs (bien que parfois questionnables) comme les limitations citées plus haut, il existe une tendance chez les personnes en situation de handicap à généraliser l'idée selon laquelle elles ne sont pas capables. Selon Wehmeyer (1999) si une personne souffre de limitations dans certains domaines, la tendance sera de penser qu'elle souffre également de limitations ailleurs alors que, bien souvent, les compétences sont présentes. Le fait de poser ce type de regard limitant sur les gens peut également engendrer un effet pervers sur la représentation que les personnes souffrant d'un handicap ont d'elles-mêmes (effet circulaire de la représentation).

### 2.2.1 Caractéristiques essentielles du comportement autodéterminé

Selon le modèle de Wehmeyer (1999), l'individu qui adopte un comportement autodéterminé doit posséder, quel que ce soit le degré, au moins les quatre caractéristiques suivantes : être en mesure d'adopter un fonctionnement autonome (behavioral autonomy), d'auto-réguler son comportement (Self-Regulated Behavior), être conscient de sa capacité à agir sur le monde (Psychological Empowerment), être en mesure de s'auto-réaliser, c'est-à-dire d'orienter son existence et ses actions dans le sens de ses intérêts et préférences (Self-Realization).

Comme le montre le tableau suivant, chaque caractéristique est un élément nécessaire et non suffisant du comportement autodéterminé

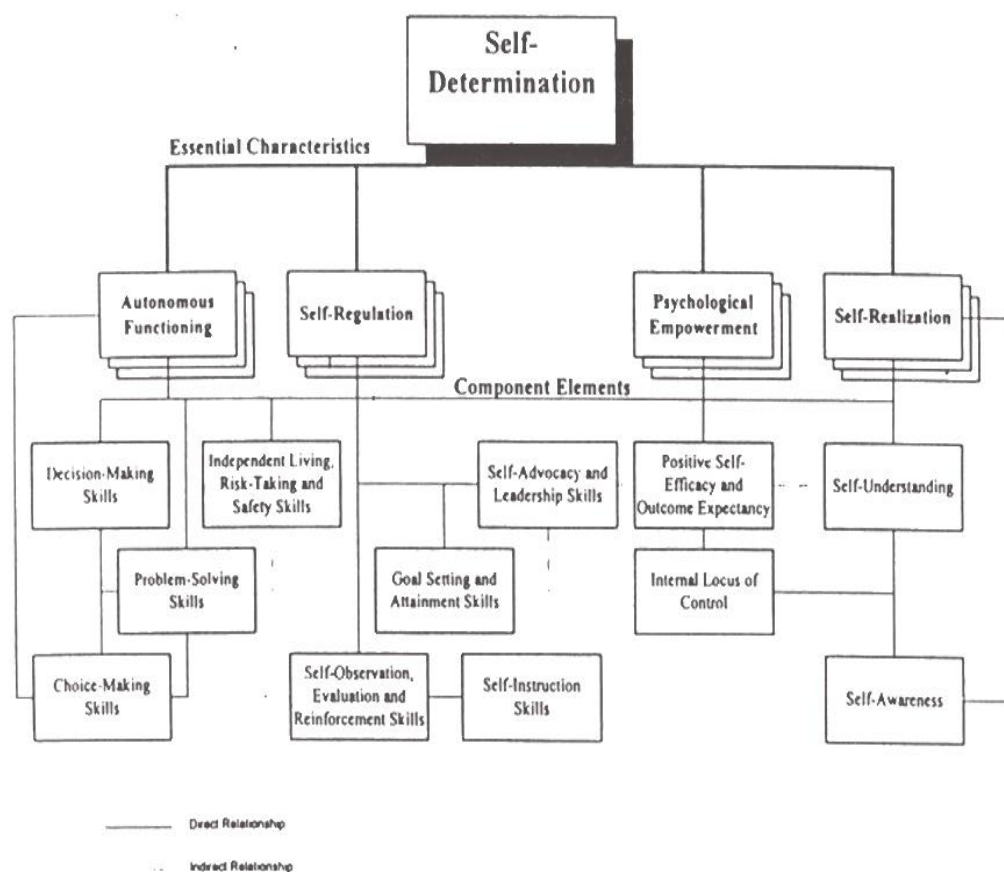


Fig. 1. Self-Determination as an educational outcome.

Tiré de Wehmeyer (1999)

Nous voyons dans ce tableau que chacune des quatre composantes d'un comportement autodéterminé est déclinée en sous-composantes, permettant de mieux saisir les enjeux derrière chacune des dimensions. Il semble primordial de noter que, si ces quatre caractéristiques doivent nécessairement être présentes, elles peuvent fortement varier en fonction de l'âge, des opportunités dans l'environnement (de renforcer ou non tel domaine / telle capacité), les capacités de l'individu.

Ceci signifie donc que l'autodétermination est bel et bien une notion qui doit être pensée comme *relative* : « *the relative autodetermination expressed by an individual will likely vary, sometimes over time and other times across environments* » (Wehmeyer, 1999, p.178).

Un individu peut donc être plus ou moins autonome dans l'un ou l'autre de ces domaines, et cela peut varier en fonction du contexte, ainsi que du moment. Ainsi il s'agirait, dans un cadre d'application plus pratique, de déterminer

quel(s) domaine(s) il est possible de renforcer chez une personne et comment il est possible de l'aider à y parvenir, à un moment donné, dans un cadre donné, avec ses contraintes et possibilités.

A partir de cela, Wehmeyer définit donc l'autodétermination (self-determination) comme : « **a characteristic of a person that refers to volitional actions that enable people to be causal agents in their lives** » (Wehmeyer, 2002, p.115).

Ceci signifie qu'une personne peut être un agent causal de sa propre vie dans un des domaines susmentionnés mais pas nécessairement dans tous. Ces caractéristiques sont essentielles car elles sont nécessaires à l'émergence d'un comportement autodéterminé, mais cela ne signifie pas que l'individu est supposé avoir atteint un niveau optimal dans toutes les dimensions du comportement autodéterminé.

#### 2.2.1.1 Fonctionnement autonome (Autonomous Functioning)

Selon Sigafoos et al. (1988), le développement humain implique une progression de la dépendance aux autres au fait de pouvoir se prendre en charge seul (*self-care*), c'est à dire du besoin d'être orienté (*guidance*) au fait de pouvoir s'orienter soi-même (*self-direction*) (cité dans Wehmeyer, 1999, p.432).

L'issue de ce processus est le fonctionnement autonome. Le fait d'agir de façon autonome doit globalement être compris comme une dimension dont le degré varie d'un individu à l'autre.

L'autonomie comportementale est décrite de la manière suivante chez Wehmeyer (1999) : « *People act (a) according to their own preferences, interests, and/or abilities ; and (b) independently, free from undue external influence or interference* » (Wehmeyer, 1999, p.57). La notion de préférences est donc centrale ici, aussi bien que celle d'absence d'influence externe excessive. Il est évident que bon nombre d'individus ne peuvent agir en fonction de leurs préférences dans certains domaines, surtout dans un contexte tel qu'une institution accompagnant des personnes souffrant de troubles psychiques.

Comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessus, le fonctionnement autonome est une des quatre dimensions du comportement autodéterminé, et cette dimension est divisée en trois compétences principales : la capacité à prendre des décisions (*decision making skills*), la capacité à faire des choix (*choice making skills*) et la capacité de résolution de problèmes (*problem solving skills*). Il semble primordial de relever que nous parlons ici de compétences, ce qui sous-entend qu'un travail est possible à partir de capacités initiales d'un individu, afin d'augmenter le niveau de compétences de l'individu en question.

##### A. Capacité à faire des choix

Guess, Benson, & Siegel-Causey (1985) montrent qu'il existe trois niveaux de choix : a) le choix indiquant des préférences, b) le choix en tant que processus de prise de décision, c) le choix comme une expression de l'autonomie et de la dignité (cité dans Wehmeyer, 1999, p.181). Le fait qu'il y ait plusieurs niveaux de choix nuance encore les conditions d'un fonctionnement autodéterminé. En effet, lorsque l'on accompagne des personnes en difficulté, il est important de comprendre qu'il est impossible de leur laisser une liberté totale de choix.

En revanche, il est possible de renforcer cette capacité à faire des choix donnant simplement la possibilité à une personne d'indiquer ses préférences dans telle ou telle situation. Le simple fait de poser cette question peut à mon sens considérablement modifier la posture du travailleur social, permettant de **mettre la dimension de l'individualité de la personne accompagnée en priorité**. Même si dans les faits il y a des décisions que ces personnes ne peuvent prendre seules, ce n'est pas pour autant qu'il faut oublier d'écouter leurs opinions, valeurs, préférences. Il est même à mon sens primordial d'en favoriser l'expression dans un travail d'accompagnement au quotidien.

Shevin & Klein (1984) mettent l'accent sur l'importance de renforcer certaines capacités d'apprentissage en termes de choix dans certains contextes (académique dans le cas précis, mais pouvant également s'appliquer à un milieu institutionnel). Une fois renforcées dans un contexte donné, ces capacités pourront ensuite être généralisées à d'autres domaines de la vie plus « concrète », impliquant un choix dont les conséquences peuvent être positives

ou négatives pour l'individu. Selon ces auteurs, il existe cinq éléments clés dans le renforcement des capacités à faire un choix dit « responsable » :

- « 1) *Incorporating student choice as an early step in the instructional process,*
- 2) increasing the number of decisions related to a given activity which the student makes,*
- 3) increasing the number of domains in which decisions are made ; raising the significance in terms of risk and long-term consequences of the choices which the student makes,*
- 4) clear communication with the student concerning areas of possible choice, and the limits within which choices can be made. » (Shelvin & Klein, 1984, p.164)*

Cette description me semble fondamentale car elle est tout particulièrement reliée à la notion d'enjeux derrière les choix, dans un contexte d'apprentissage (que ce soit de compétences sociales ou scolaires). La première dimension évoquée, à savoir le fait de faire participer la personne dès les premiers pas du processus, fait écho au concept de co-construction. Pour ce qui est de la deuxième dimension (le fait d'augmenter le pouvoir décisionnel du participant à une activité donnée), est primordial dans un travail d'accompagnement, quel qu'il soit. En effet, le fait d'entraîner une personne à faire des choix dans un contexte donné, de lui donner plus souvent la possibilité de le faire, permet à la personne de s'entraîner à faire des choix dans un contexte où les implications ne sont pas trop grandes.

Quant au troisième point, deux concepts y sont évoqués : premièrement augmenter le nombre de domaines dans lesquels des décisions sont faites et, deuxièmement, augmenter l'importance, termes de risques et de conséquences à long terme, des choix faits par l'étudiant / apprenant. Une communication claire est également nécessaire quant aux domaines dans lesquels les choix sont possibles ou non (« *the limits within which choices can be made* »). Ce type de posture est centrale dans l'accompagnement de personnes souffrant de tous types de difficultés et sera considéré ici comme une base pour l'intervention.

### *B. Prise de décisions*

Composante essentielle du comportement autodéterminé, la prise de décisions ne doit pas être confondue avec le fait de faire des choix. Selon Beyth-Marom, Fishoff, Jacobs Quadrel, & Furby (1991), faire des choix consiste à choisir entre des alternatives basées sur des préférences individuelles. En revanche, la prise de décisions implique plus de compétences (*skills*) dont la capacité à faire des choix, mais pas uniquement.

Selon le modèle développé par ces auteurs, il y aurait cinq étapes dans la plupart des situations dans lesquelles il y a prise de décisions :

- a) Enumérer les alternatives pertinentes en termes d'action
- b) Identifier les conséquences possibles de ces actions
- c) Evaluer la probabilité d'occurrence de chaque conséquence (si l'action a été entreprise)
- d) Etablir l'importance (ou valeur ou utilité) de chaque conséquence
- e) Intégrer ces probabilités pour identifier le cours d'action le plus probable.

Selon Baron & Brown (1991) le fait que beaucoup d'individus souffrent d'une capacité décisionnelle déficiente est un problème de société à grande échelle. La solution serait à chercher du côté d'une intervention dans le domaine de l'enfance ou de l'adolescence. L'idée de ces auteurs est donc d'apprendre à de jeunes individus à fonctionner en plusieurs étapes une fois confrontés à un problème.

- 1) Définir le problème au sujet duquel une décision spécifique doit être émise
- 2) Collecter de l'information au sujet de leur situation spécifique
- 3) Devenir capable d'utiliser cette information pour envisager des options à considérer.

4) Une fois ces options clarifiées, identifier et évaluer les conséquences et résultats des actions, basées sur les différentes options possibles.

Une fois que les conséquences ont été détaillées, la capacité à faire des choix (*choice-making skills*) peut être appliquées afin de sélectionner une alternative spécifique. Ensuite seulement, il s'agit de construire un plan d'action.

Bien que très complexe, cette procédure est automatique et les personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou autres types de handicaps mentaux, en sont souvent capables dans bien des domaines, selon les études menées par Adelman, Lusk, Alvarez, & Acosta (1985) ; Taylor, Adelman, & Kaser-Boyd (1983) ; Salend, 1983) ou encore Philips (1990).

L'enjeu pour les personnes qui éduquent ou accompagnent des personnes en situation de handicap est de savoir dans quel(s) domaine(s) la personne est en mesure de prendre des décisions cohérentes et surtout comment faire pour renforcer cette capacité de prise de décisions. Les procédures précédemment décrites sont des exemples d'étapes à suivre dans le processus décisionnel, et il appartient au professionnel d'accompagner les personnes dans les divers stades de ce processus et de donner à ces dernières des éclairages sur le stade du processus dans lequel les personnes se trouvent.

Ce type de procédures est très éclairante dans le cadre de ce travail car, bien souvent, chez les personnes souffrant de troubles psychiques, la prise de décisions est une action compliquée. Il existe en effet bon nombre de situations où la maladie psychique nuit à la capacité de discernement, en d'autres termes, la capacité à faire de choix éclairés. Néanmoins, la capacité à faire des choix éclairés diffère en fonction de la personne, de son contexte et surtout, n'est pas annihilée dans tous les domaines d'action de la personne. Il appartient selon moi aux professionnels de définir, si possible en co-construction avec le bénéficiaire, les domaines dans lesquels il est profitable pour une personne qu'elle fasse des choix par elle-même, ainsi que les domaines où cela ne doit pas être le cas. De plus, un des risques avec les restrictions en termes de choix chez autrui réside dans le fait que les personnes concernées peuvent en venir à généraliser cette constatation, l'appliquant à presque tous les domaines de leurs vies. Or, d'après ce qu'il m'a été donné de constater, il existe une confusion présente non seulement chez les bénéficiaires, mais également chez les professionnels, quant aux domaines dans lesquels les individus sont compétents ou non à faire des choix profitables pour eux-mêmes et leur entourage.

### C. Résolution de problèmes

D'Zurilla & Goldfried (1971) définissent le problème comme suit : « *a specific situation or set of situations to which a person must respond in order to function effectively in his environment* » (cité par Wehmeyer, 1999). Cette vision a l'avantage de situer la notion de problème par rapport à un nombre très large de situations, pouvant se présenter à tout un chacun, dans la vie de tous les jours.

Dans le modèle de Wehmeyer, la résolution de problèmes (*problem-solving*) est divisée en deux domaines, faisant appel à des aptitudes qui ne sont pas toujours les mêmes : la résolution de problèmes impersonnels et la résolution de problèmes interpersonnels ou sociaux. Comme le montre Wheeler (1991), le premier type de problèmes n'a en général qu'une seule solution correcte, avec des réponses qui restent les mêmes au fil du temps (*puzzles*, équations mathématiques, problèmes de nature logique). En revanche, les problèmes de type interpersonnels sont nettement plus complexes et ont plusieurs solutions possibles qui varient en fonction du temps et du contexte : « *multiple processing demands and decision points, and (...) numerous possible solutions that may vary according to time or setting* » (Wehmeyer et Kelchner, cités dans Wehmeyer, 1999, p.196). Or, même s'il est utile pour un individu de posséder des compétences dans ces deux types de résolution de problèmes, la capacité à résoudre des problèmes interpersonnels est cruciale afin qu'un comportement autodéterminé puisse surgir chez l'individu.

En effet, comme le montre Wehmeyer, les compétences en termes de résolution de problèmes, sociaux ou non, sont utiles dans presque toutes les situations dans lesquelles une prise de décision est requise. L'auteur avance même que la résolution de problèmes vient chronologiquement avant la prise de décisions.

« *As it is conceptualized by most researchers, however, the decision-making process begins with the listing of already identified options. Practically, one must first engage in problem-solving before decision-making can occur.* » (Wehmeyer, 1999, p.196)

En conséquence, Wehmeyer (1999) avance que le fait de renforcer, chez les personnes en situation de handicap, les capacités dans le domaine de la résolution de problèmes est aussi importante que celui de la prise de décisions et la capacité à faire des choix. Selon l'auteur, ce type de compétences s'acquiert en plusieurs étapes :

- a) l'identification du problème
- b) l'explication et l'analyse du problème
- c) la résolution du problème

L'enseignement de ce type de compétences devrait se faire dans un environnement qui met l'accent sur la capacité à résoudre des problèmes, qui permet l'exploration par soi-même et encouragent la généralisation.

*« Instruction should occur within environments that emphasize the student's capability to solve problems, promote open inquiry and exploration, and encourage generalization. Teachers should serve as role models by verbalizing the problem-solving steps used on a day-to-day basis and should make sure that students are provided adequate support and accomodation » (Wehmeyer, 1999, p.196).*

Cet aspect est tout particulièrement important dans le cadre de ce travail, principalement dans le cadre de la recherche-terrain. En effet, Wehmeyer propose ici des méthodes concrètes d'intervention, dans un domaine où il me semble très utile de renforcer les compétences chez des bénéficiaires vivant en institution car, dans certains cas, ces compétences leur font défaut et nuisent considérablement à leur capacité à adopter un comportement autodéterminé.

#### *D. Prise de risques*

Turnbull & Turnbull (1985) soulignent le fait que les personnes prodiguant des soins (caregivers) se préoccupent de façon excessive de la sécurité des personnes qu'elles accompagnent, ce qui constitue un paradoxe avec le fait de vouloir favoriser l'autonomie chez ces mêmes personnes.

*« One of the barriers to this outcome [independance] is that, because of caregiver fears about safety, students (and adults) with disabilities are not allowed to perform many activities (...) many people with disabilities are not as independent as they could be because others limit their opportunities to take risks »*

Or il se trouve qu'afin d'être en mesure de produire un comportement autodéterminé, il faut également être en mesure d'évaluer les risques que comportent une situation donnée. De plus, le fait de ne pas laisser un individu prendre certains risques limite le degré auquel cet individu est en mesure de faire des choix et/ou prendre des décisions (Wehmeyer, 1999, p.197), ce qui ne lui permet pas d'activer les deux compétences mentionnées précédemment.

Selon Agran & Martin, (1987), il est possible de travailler avec les personnes en situation de handicap afin de les aider à prendre conscience des risques que comportent certaines situations et de peser les conséquences de leurs actions. Cependant, ces auteurs soulignent avant tout la nécessité, pour les professionnels accompagnant des personnes en situation de handicap, de ne pas adopter une posture de protection excessive :

*« Be it choice-making or engaging in independent living behaviors, the real barrier for many people with disabilities is that the needs of the caregiver for absolute assurance of safety tend to lead to the prohibition of activities that have very low level risks » (Agran et Martin, 1987, cité dans Wehmeyer 1999).*

Nous voyons donc bien ici l'importance que peut revêtir la posture des personnes accompagnantes, donc également des travailleurs sociaux. Le fait de laisser la personne prendre certains risques, en évaluant avec cette



dernière au préalable les conséquences possibles est donc quelque chose de nécessaire selon cette approche, tout en étant conscient que cela s'applique aux domaines où un niveau de risque relativement peu élevé est identifié.

Dans le cadre de ce travail, cette dimension sera également très importante, car la notion de prise de risques est pour le moins complexe et primordiale dans le cadre de l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques, peut-être encore plus spécialement lorsque ces dernières vivent en institution. En effet, si une certaine prise de risque chez l'utilisateur est nécessaire afin de faire certaines expériences par et pour soi, et d'ainsi d'acquérir certaines compétences en termes d'autonomie et d'estime de soi, il faut tout de même que ce risque soit bien mesuré car il peut avoir des conséquences très délétères, voire dramatiques pour l'individu (régression de compétences, de l'état psychique, accidents, tentatives, etc.).

### 2.2.1.2 Autorégulation (Self-Regulated Behavior)

La seconde grande catégorie présentée dans le modèle de Wehmeyer est celui qu'il nomme « comportement autorégulé ». Il peut être décrit de la manière suivante : une capacité qu'ont certains individus à examiner leur environnement ainsi que leur répertoire de réponses, afin de déterminer comment agir en fonction des conséquences possibles de leur action, ainsi que la capacité à réviser leurs plans si nécessaire (Whitman, 1990).

Le domaine de l'autorégulation est lui-même divisé en sous catégories, qui seront décrites ci-dessous.

#### A. Auto-observation (self observation)

Pour ce qui est de l'auto-observation, Wehmeyer propose principalement des techniques visant à enregistrer l'activité des personnes accompagnées, à l'aide de moyens vidéo notamment. Comme le montrent Agran et Martin (1987), le fait de demander à une personne d'observer ses comportements, précédemment enregistrés, augmente l'efficacité des interventions éducatives, mais aussi, voire surtout, peut produire des changements désirés chez l'individu, sans autre forme d'intervention d'un tiers :

*« Agran and Martin (1987) pointed out that in addition to the benefits of self-monitoring to increase the efficacy of educational interventions, asking a student to monitor a target behavior may produce a desired change, in and of itself, without any other intervention. » (Wehmeyer, 1999, p.198).*

A noter qu'ici, Wehmeyer parle d'étudiants, car il a principalement mis en place ses interventions dans le cadre de l'enseignement à des personnes souffrant de difficultés d'apprentissage. Or, il me semble que ces concepts sont globalement transférables à d'autres situations d'accompagnement, comme par exemple dans le cadre de l'hébergement de personnes souffrant de troubles psychiques. En effet, ce qui me semble primordial à retenir ici est le fait que ce type de processus peut permettre à la personne de mettre en place la solution par elle-même, sans autre forme d'intervention. Ce type de démarche a pour avantage de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et, par là-même, diminue le risque de produire des comportements d'impuissance apprise et de dépendance excessive à autrui (eux-mêmes délétères pour l'estime de soi).

#### B. Self-evaluation (auto-évaluation)

Quant à l'auto-évaluation, Wehmeyer propose que la personne accompagnée dans le processus d'auto-observation (décrit plus haut) arrive dans un premier temps à réaliser qu'un comportement à modifier, donc ne donnant pas les résultats attendus (target behavior) est apparu. Dans un second temps la personne pourra le comparer à un comportement « standard » précédemment défini, ou une conséquence espérée. Ensuite, les personnes, si elles le désirent, peuvent choisir de noter le nombre d'occurrences de ce comportement, l'intervalle de temps entre l'occurrence de chaque comportement, etc. Ce type de méthodes permet à la personne de situer combien de fois le comportement est produit, dans quelles circonstances, et permet donc ensuite d'imaginer d'autres façons de procéder, en fonction des résultats voulus (Wehmeyer, 1999).

Le troisième aspect de l'auto-observation, primordial dans le cadre de ce travail, est celui de l'auto-renforcement (self-reinforcement).

*« Agran (1997) defined self-reinforcement as the self administration of consequences, either positive or negative, contingent to the occurrence of a target behavior (...) Self-reinforcement can be more effective than having another person deliver the reinforcer, not the least because self-reinforcement can always be immediate. » (Wehmeyer, 1999, p.199)*

Nous voyons donc que si un individu choisit lui-même d'assumer telle ou telle conséquence de ses actes (positive ou négative), l'effet de renforcement (là aussi positif ou négatif) sera plus intense et immédiat. Par conséquent, cet aspect est primordial dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de handicap divers, car si la personne peut expérimenter des renforcements positifs, elle pourra ensuite travailler sur la possibilité de produire à nouveau ce type de comportements ayant eu un effet positif, pour et par la personne elle-même. A l'inverse, si on imagine que la conséquence est négative, donc s'il s'agit d'un renforcement négatif, il s'agira pour la personne en question d'essayer de ne pas reproduire ce genre de comportements. A ce niveau, il me semble que l'intervention du professionnel est cruciale, car suivant les situations, il est compliqué pour l'individu de ne pas reproduire un comportement ayant eu des conséquences négatives sur sa vie, sans l'intervention, ou simplement le soutien, d'un tiers (tentamens, addictions, comportements à risque divers).

#### *C. Self instruction (enseignement à soi-même)*

Cette dimension, que l'on pourrait traduire par « enseignement à soi-même », vise à faire en sorte que les personnes développent leurs propres compétences, en termes de langage, pour résoudre des problèmes académiques ou sociaux. En résumé, il s'agit d'être en mesure de fournir soi-même des signaux verbaux (visant à exprimer une intention) et de manière adéquate, plutôt que d'attendre que les instructions viennent d'une autre personne (professeur ou éducateur par exemple) : « In essence, self-instruction strategies move the responsibility for providing verbal prompts and cues from an external source, typically the teacher, to the student. » (Wehmeyer, 1999, p.199).

Ce type de processus renvoient également aux notions d'attribution interne et externe, développées notamment par la théorie du « locus of control » (LOC), sur laquelle nous reviendrons plus tard.

#### *D. Self advocacy and leadership skills*

La compétence visée par ce domaine peut être décrite de la manière suivante : le fait d'acquérir la capacité à défendre sa position, sa façon d'agir. A ce propos, Wehmeyer déclare que :

*« ... instruction to promote self-advocacy will focus on two common threads – how to advocate and what to advocate (...) students with disabilities should receive instruction [about their] rights (and responsibilities) within this system. For many students with disabilities, school is a place they are forced to go to do things that someone else decides upon. It is little wonder that motivation becomes a problem ». (Wehmeyer, 1999, p.201)*

Nous pouvons donc constater que par rapport au fait de défendre sa position en tant qu'acteur social, il faut avant tout être informé sur ses droits. En effet, les personnes en situation de handicap ne sont pas toujours au courant des causes qu'ils pourraient défendre, parce qu'ils ne sont pas nécessairement au courant de leurs droits. Or, selon Wehmeyer, une des missions de l'éducation pourrait être, en ce sens, d'informer et de former les personnes en situation de handicap quant à leurs droits. Dans un contexte où la Convention de l'ONU sur le Droits des Personnes Handicapées est de plus en plus sur le devant de la scène, il semble donc que ce type de compétences est à maintenir, voire à renforcer dans certains cas.

Après avoir décrit le « *what to advocate* », Wehmeyer explique qu'afin de savoir comment défendre sa position « *how to advocate* », l'emphase est mise dans l'éducation sur le fait d'être assertif mais non agressif, de communiquer de façon effective en situation d'entretien à deux, puis face à des petits et enfin des grands groupes.

Les compétences enseignées sont également : « *how to negotiate, compromise, and use persuasion, how to be an effective listener* » (Wehmeyer, 1999, p.200). Comme le précise l'auteur, l'acquisition de la totalité de ces compétences n'est pas forcément nécessaire afin d'apprendre à défendre sa position, mais elles contribuent largement à obtenir un meilleur effet.

#### *E. Etablissement d'objectifs (Goal setting)*

Le fait d'être en mesure d'établir des objectifs par soi-même (et pour soi-même) est une composante fondamentale de l'autodétermination : « *To become the causal agent in his or her life, a person needs to learn the skills necessary to plan, set, and achieve goals. Goal setting theory is built on the underlying assumption that goals are regulators of human actions* » (Wehmeyer, 1999, p.196).

Comme nous l'avons déjà vu plus haut, le fait d'être l'agent causal de sa propre existence est une des dimensions fondamentales derrière le concept d'autodétermination. On pourrait même avancer que cette idée fonde la pierre d'achoppement de l'autodétermination chez Wehmeyer. Or, il se trouve qu'afin de devenir agent causal de son existence, il faut acquérir les compétences nécessaires à la planification, mise en place et atteinte d'objectifs. En effet, si les objectifs sont les régulateurs de toute action humaine, il faut être en mesure d'en avoir pour initier une action par et pour soi.

Skunk (1985) a en effet trouvé que l'implication d'étudiants ayant des déficiences intellectuelles dans la pose d'objectifs communs améliorait significativement leurs performances en mathématiques (Wehmeyer, 1999, p.196). L'effet de l'implication des apprenants dans le processus de création et mise en place des buts semble donc avoir un effet bénéfique, notamment sur les personnes souffrant de difficultés de compréhension. Cependant, cette notion n'est pas généralisable dans toutes les situations, et dépend de la difficulté de l'objectif ainsi que des expériences préalables de l'individu avec l'activité ou l'action dont il est question : « *the effects of goal setting on behavior is a function of goal difficulty and specificity as well as previous experiences with the activity or action.* » (Wehmeyer, 1999, p.196).

En ce sens il appartient donc aux professionnels d'établir, sur un mode de co-construction, des objectifs réalistes. Il appartient également au personnel accompagnant d'aider les bénéficiaires à faire référence à des expériences antérieures (concernant le même type d'activité ou action) et d'en tirer les enseignements nécessaires (éléments à reproduire ou à modifier par exemple).

#### **2.2.1.3 Empowerment psychologique (Psychological Empowerment)**

Contrairement à ce qui précède, les éléments qui concernent l'appropriation psychologique ne sont pas directement en lien avec le développement de compétences ou aptitudes, mais plutôt avec des attitudes qui permettent à la personne d'agir de manière autodéterminée sur le plan psychologique. Le point central ici est que la personne doit avoir le sentiment d'avoir une forme de contrôle sur ce qui est important pour elle : « *if a person is to act in or upon a given situation, it is important for her to believe that she has control over outcomes that are important to her life.* » (Wehmeyer, 1999, p.200).

#### *A. Internal locus of control*

Selon la définition de Rotter (1966), le locus of control, littéralement lieu de contrôle, est le degré auquel une personne perçoit les relations de contingence entre ses actions et les conséquences de ces dernières (« *the degree to which a person perceives contingency relationships between his or her actions and outcomes* », Wehmeyer, 1999, p.200).

Cela signifie qu'une personne qui verra ses actions comme principale cause de la situation dans laquelle elle se trouve possède un lieu de contrôle interne (on parle aussi d'attribution interne). A l'inverse, une personne qui estime que les causes de la situation dans laquelle elle se trouve sont principalement à l'extérieur d'elle-même (destin, chance, puissance des autres, conditions économiques, ...), a un lieu de contrôle externe.

Comme le montre Lefcourt (1976), les personnes ayant un lieu de contrôle interne ont tendance à mieux faire face à de nombreuses situations : « *Internal locus of control has been linked to adaptative outcomes, including positive educational and achievement outcomes and increased time and attention to school-related tasks* » (Lefcourt, 1976, cité dans Wehmeyer, 1999, p.200). A l'inverse, les personnes ayant des lieux de contrôle externes tendront à avoir une moins bonne concentration ainsi que de moins bonnes compétences sociales : « *External orientations have, conversely, been linked to increased impulsivity in decision-making, distractibility and sociometric ratings of rejection from peers* » (Ollendick et al, 1991, cité dans Wehmeyer, 1999).

Nous voyons que, globalement, les personnes qui ont un sentiment de contrôle sur leur vie (et qui ont donc le sentiment d'en être les acteurs) ont tendance à mieux réussir dans beaucoup de domaines. Ce n'est en revanche pas le cas de celles qui pensent que ce sont les circonstances environnementales qui sont responsables de leur condition / situation.

Cette dimension est donc fondamentale par rapport à des questions telles que la motivation, la capacité à entreprendre et réussir sans l'aide d'autrui, et donc la capacité que peut avoir un individu à agir de manière autorégulée ou autodéterminée.

De plus, la recherche existante tend à montrer que la plupart des personnes souffrant de handicaps divers (physiques ou psychiques, surtout de longue date) ont des lieux de contrôle externes, ce qui est souvent préjudiciable par rapport à leur capacité s'adapter à de nouvelles situations par exemple :

« *People with disabilities hold perceptions of control that are more external, and thus more maladaptive, than their non-disabled peers. The role of educators in promoting internal perceptions of control (...) is more complex than just providing adequate instructional experiences* ». (Wehmeyer, 1999, p.201)

C'est aspect est fondamental dans le cadre cette recherche car il met en avant le rôle des professionnels du terrain dans le développement d'une perception de contrôle plus interne, et donc plus efficiente. Afin d'y parvenir, il est très important de permettre aux individus d'évoluer dans un environnement où ils peuvent agir par eux-mêmes, comme le montrent Deci et Chandler (1986) :

« *Teachers who use an overly controlling style or whose classrooms are rigidly structured, limit the development of positive perceptions of control. This does not mean classrooms must be chaotic (...) instead, classrooms can be structured such that students can perform more actions for themselves.* » (Deci and Chandler, 1986, p.588)

En effet, le fait d'agir pour soi-même (donc pas pour quelqu'un d'autre, en vue de son évaluation, approbation, etc.) permet d'évaluer les conséquences de ses actes et d'expérimenter les conséquences de ses actions sur le monde. Il s'agit en quelque sorte d'une forme d'entraînement au fait d'agir soi-même (à la place de penser que les personnes environnantes sont responsables de la situation).

#### *B. Positive attributions of self-efficacy and outcome expectancy*

Cette dimension, que l'on pourrait traduire par auto-efficacité, fait référence à la croyance qu'un comportement, s'il est produit de la « bonne » manière (à définir selon les circonstances), va permettre d'atteindre un but désiré : « *the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce a given outcome* » (Bandura, 1977, pp. 193).

De la même manière que la perception interne de lieu de contrôle, le sentiment d'auto-efficacité est lié à un plus grand succès dans l'entreprise de bon nombre d'activités, notamment relationnelles (Wehmeyer, 1999, p.202).

Il est très intéressant de noter que selon l'étude menée par Wehmeyer en 1999, il existe très peu de recherches sur le sentiment d'auto-efficacité chez les personnes en situation de handicap : « *Very little research has examined the self-efficacy and efficacy expectations of individuals with disabilities. Most of the existant litterature focuses on (...) environmental and instructional modifications* » (Schunk, 1989, cité dans Wehmeyer, p. 202).

Selon Wehmeyer, une des solutions principales à explorer afin de renforcer ce sentiment chez les personnes en situation de handicap est de leur permettre de faire plus de choses par eux-mêmes et pour eux-mêmes. Ceci est principalement compliqué dans le cadre d'une institution ayant sous sa responsabilité des personnes en situation de handicap, comme le montre Kennedy (1993) :

*« Overprotection by well intended others frequently limits opportunities for children and youth with disabilities to engage in actions that would enable them to establish a sense of efficacy and efficacy expectations »* (cité dans Wehmeyer, 1999, p.202)

Cette tendance à limiter les choix personnels par le contrôle est présente dans de nombreux environnements ayant pour but d'accompagner des personnes en situation de handicap, que ce soit un foyer ou de l'enseignement spécialisé, par exemple :

*« Overly structured environments, including many special education classrooms, limit the opportunities to acquire skills related to choice and decision-making, hinder the development of an internal locus of control, and prohibit students from learning that they are effective and that their behavior can have beneficial outcomes. »* (Wehmeyer, 1999, p. 202)

C'est par ailleurs une des raisons pour laquelle il me semble que non seulement, une recherche est primordiale dans ce champ, mais surtout un certain nombre d'actions, particulièrement axées autour de l'autodétermination de la personne en situation de handicap.

#### 2.2.1.4 Réalisation personnelle (Self-Realization)

##### A. Self-awareness and self knowledge

Derrière ce concept de connaissance de soi, il y a l'idée que les personnes relativement autodéterminées savent ce qu'elles font bien et agissent en fonction : *« know what they do well and act accordingly »* (Wehmeyer, 1999, p.58). Il s'agit donc d'une capacité à se connaître soi-même, ainsi que ses forces et faiblesses :

*« People who are self-determined are self realizing in that they use a comprehensive and reasonably accurate knowledge of themselves and their strength and limitations to act in such a manner as to capitalize on this knowledge »* (Wehmeyer, 1999, p.58).

Et selon Wehmeyer, ce type de capacité d'autoanalyse ne peut s'acquérir qu'au travers de l'expérience :

*« Students don't learn what they can or can't do from lectures, role playing, social skills simulations or any other more traditional teacher-directed instructional activities. They learn, as do all people, through their own interpretation of events and experiences. »* (Wehmeyer, 1999, p.203).

En effet, pour certaines personnes en situation de handicap, le problème est qu'il leur est bien souvent impossible d'expérimenter leurs forces et faiblesses, ce qui rend bien entendu plus compliqué une compréhension de celles-ci. De plus, même si certaines personnes en situation de handicap ont développé cette capacité à reconnaître leurs forces et faiblesses, il arrive bien souvent que l'image qu'elles ont d'elles-mêmes ne soit pas bonne et que l'accent soit mis principalement sur les faiblesses, en termes d'image de soi : *« The specter of having a disability (...) hovers over any given circumstance and students dwell more on what they are unable to accomplish than what they can achieve »* (Wehmeyer, 1999, p.203).

En termes d'intervention, les pistes posées par Wehmeyer sont principalement axées autour de l'idée de mettre l'accent sur les ressources des personnes en situation de handicap, principalement afin de remédier à la tendance susmentionnée :

*« Special education programs should adopt (...) the model used in postgraduate education, where students focus almost exclusively on their strengths and interests and attempt to utilize these skills to their benefit » (Wehmeyer, 1999, p.203)*

Nous voyons donc, une fois de plus, qu'un travail significatif peut, voire doit, être effectué dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de handicap, notamment pour ce qui est de l'image de soi et de la croyance en l'efficacité de ses propres actions et, par extension, en ses ressources intrinsèques.

## 2.3 Autres conceptions de l'autodétermination

Yann Le Bossé (2002) présente la notion de renforcement du pouvoir d'agir et plus particulièrement l'influence d'un tiers ayant la fonction de « passeur » dans un tel processus.

Cet auteur met en avant la notion d'« impuissance apprise », selon laquelle les personnes en situation de handicap, à plus forte raison lorsqu'elles sont institutionnalisées développent un sentiment d'impuissance quant au fait d'agir sur le monde :

*« Les personnes en situation de vulnérabilité se trouvent objectivement et subjectivement placées devant un constat d'impuissance face à ce qui est important pour elles (...) cette impuissance constitue un obstacle existentiel fondamental en ce que la personne peut progressivement perdre foi en sa capacité à agir sur le monde » (Le Bossé, 2002, p. 182).*

De par le caractère normé de bon nombre d'institutions accueillant des personnes en situation de handicap (pour des raisons de sécurité de la prise en charge principalement) le risque de renforcer cette impuissance apprise est très fort. En effet, le fait de vouloir prémunir la personne de rencontrer certains risques, dans une perspective de maintien de sa qualité de vie et de responsabilité en tant qu'institution, peut renforcer chez la personne un sentiment de perte de capacité à agir sur le monde. Il est donc essentiel que les professionnels gardent à l'esprit l'importance de laisser une personne renforcer sa capacité à agir sur le monde, notamment dans un cadre institutionnel.

Afin d'y parvenir, une des solutions est d'adopter face à l'autre une posture de « passeur » tel que la décrit Le Bossé (2002) ou encore Giroux (2015) :

*« L'intervenant se doit de changer fondamentalement sa posture, en passant des archétypes de sauveur et/ou de justicier de l'ordre social, à la posture de passeur (...) Il n'est [donc] pas question, pour les professionnel-le-s (...) d'établir les priorités susceptibles de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la personne ou de la collectivité en difficulté » (Giroux, 2015, p.4)*

Une dimension primordiale ici réside dans le fait de *ne pas établir les priorités* à la place de la personne accompagnée. Il s'agit plutôt de trouver une posture permettant de faire émerger des solutions de la part des bénéficiaires, concernant leurs vies et leurs projets. Dans un second temps, il est souhaitable d'évaluer, dans une perspective de co-construction, quelles peuvent être les conséquences de choix ou décisions dans certaines situations importantes pour le bénéficiaire. Il n'est, bien entendu, pas envisageable d'appliquer ce type de posture à tous les domaines de vie selon la personne (sécurité, médication, alimentation, structuration des journées, par exemple), ni de laisser la personne concernée sans aucune aide extérieure dans les domaines où l'autodétermination est renforcée.

Tous ces éléments permettent aux travailleurs sociaux d'adopter une posture qui n'est pas celle d'un expert, mais bel et bien d'un accompagnant dans un processus de vie en perpétuelle construction. En effet, il s'agit de coconstruire une solution en aidant les personnes accompagnées à mieux comprendre et/ou formuler leur(s) problème(s) ou encore prendre conscience de leurs ressources et limitations pour y faire face, comme le décrit également Vallérie (2008) :

*« Chaque personne ou collectivité est la seule à savoir quel problème lui pose la situation qu'elle pense devoir faire évoluer. En tant qu'agent de changement, le professionnel / l'aidant est là pour aider la personne ou la collectivité, d'abord, à préciser et formuler le problème, puis à le résoudre »* (Vallérie, 2008. Cité par Giroux, 2015).

Cet aspect est particulièrement important dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de handicap (suite à des troubles psychiques), étant donné que ces individus, de par leurs vécus, pathologies et limitations réelles, sont souvent amenés à douter de leurs capacités à prendre leur vie en main, en généralisant leur sentiment d'impuissance. Il est donc nécessaire, en tant qu'intervenants sociaux, de rendre aux bénéficiaires un pouvoir décisionnel, dans la mesure où cela ne les met pas trop en danger. Comme nous avons pu le constater plus haut, une des clefs est cette posture de passeur, décrite également par Soguel (2015) :

*« Sous la conduite du travailleur social, elles [les personnes accompagnées] réfléchissent à ce qu'elles ont mis en œuvre, posent un regard sur leurs actes et prennent conscience à la fois de ce qu'elles ont été capables de faire et de ce qu'elles en ont appris. C'est ce qui est appelé « une démarche d'action conscientisante » et qui produit le sentiment « d'y être pour quelque chose » dans la réussite, dans le fait d'avoir dépassé l'obstacle, de s'en être affranchi. (Soguel, 2015, p. 4)*

Cette démarche d'action conscientisante a également été mise en avant, dans un autre cadre certes, par Rogers (1980). Selon cet auteur, chaque individu est doté d'un potentiel d'actualisation et chaque action qu'il entreprend est par essence la meilleure action possible dans une situation donnée. Donc, même si dans un premier temps les conséquences d'un choix ou d'une action qui en découle ne sont pas bénéfiques, ces choix permettront, à long terme, l'actualisation du potentiel de l'individu. Le rôle du thérapeute dans ce cas est proche de celui de passeur, dans la mesure où il s'agit avant tout de permettre à l'individu de s'exprimer, sans se sentir jugé, et de le laisser cheminer progressivement, en co-construction avec le thérapeute vers une actualisation d'un potentiel qui se situe déjà en lui (Neville, 2007).

*« Il existe un processus directionnel chez tous les êtres vivants et le substrat de toute motivation humaine est la tendance organismique vers la plénitude, [...] vers l'actualisation, qui ne vise pas seulement à la conservation de l'organisme mais également à son épanouissement »* (Rogers, cité dans Neville, 2007, p. 5)

A mon sens, Rogers est un auteur dont la vision peut éclairer le concept d'autodétermination, même si ces écrits n'ont pas été rédigés dans une perspective de travail social, mais plutôt psychothérapeutique. Ce qui est primordial ici sur le plan conceptuel, c'est que cette vision de l'homme préconise que toutes les actions qu'il entreprend visent *in fine* l'accomplissement de soi.

L'autodétermination est à mettre en rapport avec l'accomplissement de soi car il devient possible d'entrer dans une posture permettant l'autodétermination seulement si on pense qu'un individu, quelles que soient ses difficultés, aura en lui la capacité à trouver de solutions par lui/elle-même, dans la mesure où l'expérience est correctement encadrée. Cette notion d'expérimentation par l'individu comme l'une des composantes fondamentales du développement du pouvoir d'agir chez l'individu a été particulièrement développée par Deslauriers (2007). Selon ce dernier, le développement du pouvoir d'agir ne peut se faire que si l'individu expérimente certaines situations par lui-même. Cette action d'expérimenter permet à son tour le développement de ressources, telles que la connaissance et l'estime de soi ou encore le sentiment d'efficacité personnelle, essentiels à la capacité à agir, de soi-même et par soi-même sur le monde :

*« Le processus de pouvoir d'agir se réalise dans l'action et l'expérimentation. Il fait appel à l'activation des ressources tant personnelles que communautaires ; à partir des forces des personnes, il vise le développement du sentiment de l'efficacité personnelle, du sens critique, des compétences et de l'estime de soi. »* (Deslauriers, 2007, p.5).

Cette conception met également en lien la notion de pouvoir d'agir avec celle de participation sociale, ce qui est un apport fondamental dans le cadre de cette recherche et des possibilités d'action sur le terrain. En effet, la participation sociale, comme le montre Deslauriers, est un élément fondamental du bien être individuel. Or, si une personne est capable d'agir de façon autodéterminée, elle sera significativement plus à même d'être à l'aise dans diverses situations de participation sociale, dans la mesure où la personne aura appris à ne plus dépendre d'autrui pour prendre des décisions et faire des choix pour elle-même.

## 2.4 Hypothèses

Suite aux divers éléments théoriques présentés précédemment, nous pouvons donc émettre les trois hypothèses suivantes, tirées principalement de questionnements autour des notions d'autodétermination présentées par Wehmeyer et Le Bossé :

Hypothèse 1 : Après de personnes souffrant de troubles psychiques et vivant en institution, le fait de renforcer le pouvoir d'agir ne peut pas nécessairement s'appliquer à tous les domaines de compétences. Il appartient aux professionnels, en co-construction avec les bénéficiaires, de déterminer quel(s) peut/peuvent être le(s) domaine(s) à renforcer.

Hypothèse 2 : Dans le cadre d'une institution accompagnant les personnes souffrant de troubles psychiques, il est possible pour les professionnels de mettre en place des stratégies renforçant l'autodétermination de manière efficiente, en particulier dans les domaines du fonctionnement autonome et de l'empowerment psychologique.

Hypothèse 3 : La posture que le professionnel adopte face à autrui peut permettre de renforcer le sentiment de compétence, et donc le pouvoir d'agir, si le professionnel adopte une posture de « passeur ».

## 3 Cadre de la recherche (terrain)

Cette recherche sera donc menée sur mon lieu de travail, le Foyer Haut-Lac, à Monthey, un des six foyers de la Fondation Emera dans le Valais Romand. Les personnes accueillies dans ce foyer sont toutes au bénéfice d'une rente AI suite à des troubles psychiques et souffrent de pathologies diverses. Ces personnes ont des histoires de vie et des personnalités très différentes, ce qui implique qu'un accompagnement individualisé doit être mis en place.

Les objectifs de l'accompagnement proposés par le Service Hébergement de la Fondation Emera sont :

- Offrir à la personne concernée un accompagnement individualisé, visant à favoriser la réalisation de ses habitudes de vie et de son projet de vie
- Favoriser la participation sociale des personnes accueillies, ainsi que le maintien de leur autonomie
- Maintenir les acquis et développer les compétences personnelles, cognitives et relationnelles ainsi que les ressources propres à la personne
- Travailler avec la personne à la compréhension de sa maladie et son impact sur les compétences propres

En fonction du projet individuel de la personne, l'accompagnement se fait dans une structure d'accueil (home/foyer/appartement protégé) ou à son domicile privé.<sup>1</sup>

### 3.1 Population

---

<sup>1</sup> Source : Concept du Service Hébergement (Fondation Emera), cf. annexes.



Les résidents accueillis par le foyer Haut Lac sont tous âgés de plus de 18 ans, domiciliés en Valais et au bénéfice d'une rente AI. Les pensionnaires de ce foyer sont atteints de pathologies psychiques diverses : schizophrénie, trouble anxieux, dépression chronique, troubles obsessionnels compulsifs. Dans certains cas, le diagnostic demeure à l'heure actuelle encore incertain. La durée de séjour de chaque pensionnaire peut varier de quelques mois à plusieurs années, en fonction des besoins rencontrés.

### 3.2 Mission et buts de la Fondation emera

La mission de la Fondation Emera est actuellement définie comme « améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap suite à une atteinte à leur santé ou à leur intégrité, au plan physique, intellectuel et/ou psychique et de favoriser leur autonomie et leur participation à la vie sociale »<sup>2</sup>. Le but de la Fondation Emera est de permettre à des personnes en situation de handicap, physique ou psychique, de bénéficier de prestations d'aide et de conseil et/ou d'hébergement, encadré par du personnel socio-éducatif.

Un accompagnement professionnel est également proposé, tout comme des activités d'occupation en ateliers ou des programmes d'animation. Il existe actuellement de nombreuses structures offrant des prestations d'hébergement : Monthey, Martigny, Sion (deux foyers et un home de 36 places), Sierre et Brigue. La Fondation Emera est divisée en trois services distincts : le Service Social Handicap, le Service Socio-Professionnel et le Service Hébergement.

### 3.3 Trois services distincts

Le SSH (Service Social Handicap) offre des prestations de conseil et d'aide à toute personne en situation de handicap, enfant ou adulte, ainsi qu'à ses proches. Ce service réalise également des évaluations et le suivi des placements des usagers en institution spécialisée.

Le SSP (Service Socio Professionnel) offre diverses activités dans le cadre d'ateliers protégés, telles qu'ergothérapie, décoration, cannage ou encore cuisine. En offrant de telles activités, le SSP entend favoriser l'intégration de personnes souffrant de pathologies psychiques, ainsi que permettre l'acquisition ou le maintien de certaines compétences socio-professionnelles.

Le SH (Service Hébergement) accompagne et soutient des personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques, ceci dans tous les domaines de la vie quotidienne. L'objectif du SH consiste à favoriser ou préserver l'autonomie et les aptitudes personnelles de ses usagers. Pour ce faire, la Fondation Emera dispose de diverses structures d'hébergement accueillant des personnes souffrant des troubles précédemment décrits. Les équipes présentes dans ces structures apportent à la personne concernée un accompagnement individualisé. L'hébergement dans un lieu de vie peut être de courte durée – le temps pour un résident de reconstruire un projet de vie ; il peut durer plusieurs années pour les personnes qui trouvent dans les structures d'accueil une réponse à long terme aux difficultés causées par leur maladie.

### 3.4 Soutien Socio-Educatif à Domicile (SSED)

La fondation Emera offre également des prestations de coaching et d'accompagnement de la personne handicapée pour l'organisation et la gestion de son quotidien, en comptant sur l'implication du réseau (famille, proches, tiers, bénévoles, associations spécialisées). Il s'agit d'une alternative au placement résidentiel pour les personnes susceptibles de conserver leur lieu de vie à domicile, grâce aux apports d'un professionnel aidant aux activités et à la gestion du quotidien. Cette prestation peut également faire office d'aide à la transition vers l'autonomie au sortir d'un placement en institution, en assurant de ce fait une certaine sécurité pour la personne handicapée ainsi que pour ses proches. Le SSED peut poursuivre des objectifs différents, en fonction du caractère particulier de la prise en charge, ainsi que besoins spécifiques de la personne en situation de handicap.

---

<sup>2</sup> Source : Concept du Service Hébergement (Fondation Emera), cf. annexes.

## 4 Méthodologie

La notion d'autodétermination, comme nous avons pu le voir, fonctionne par domaines et n'est pas un état immuable. La première question, dans le cadre de cette recherche, sera donc de déterminer quel(s) domaine(s) et sous domaine(s) il est possible de renforcer chez la personne accompagnée, sans forcément imaginer que la personne doit pouvoir s'autodéterminer dans tous les domaines. La seconde sera de savoir sur le ou lesquels il est possible d'agir, et de quelle manière. Et ensuite se posera la question du résultat.

### 4.1.1 La recherche action

Afin de vérifier mes hypothèses sur le terrain, j'ai choisi d'utiliser la méthodologie de la recherche-action.

Eléments de définition :

*« La recherche action produit des connaissances pratiques, inhérentes à l'objectif de résolution d'un problème, et théoriques, puisque l'engagement du chercheur dans l'action collective le place en situation privilégiée d'observateur des pratiques. » (Jouison-Laffitte, 2009).*

*« La recherche-action est une approche de recherche, à caractère social, associée à une stratégie d'intervention et qui évolue dans un contexte dynamique. Elle est fondée sur la conviction que la recherche et l'action peuvent être réunies. » (Lavoie, Maquis, & Laurin, 1996, p.41 »).*

La recherche action va donc au-delà de la recherche expérimentale et de l'observation participante car elle initie une réorientation de l'action en termes de stratégies d'intervention. Les buts de la recherche-action sont les suivants :

- Initier un changement
- Permettre une meilleure compréhension des pratiques
- Evaluer les situations
- Résoudre des problèmes
- Produire des connaissances
- Améliorer une, ou plusieurs, situation(s) donnée(s)

Grâce à une méthode comme la recherche-action, il est donc possible de produire du changement social, tout en allant plus en profondeur dans l'analyse d'une situation. Etant donné que mon but est d'évaluer l'impact de certaines actions ou postures sur la capacité d'autodétermination de bénéficiaires, cette méthode semble donc plus qu'indiquée.

Afin de mener à bien une recherche-action, un certain nombre de caractéristiques sont nécessaires, selon Lavoie et al (1996) :

- Avoir pour origine des besoins sociaux réels.
- Être menée en milieu naturel de vie.
- Mettre à contribution tous les participants à tous les niveaux.
- Être flexible (s'ajuster et progresser selon les événements).
- Établir une communication systématique entre les participants.
- S'auto-évaluer tout au long du processus.

- Revêtir un caractère empirique.
- Être en lien dynamique avec le vécu.
- Mettre en avant un design novateur et gestion collective
- Le chercheur est aussi acteur et où l'acteur (le bénéficiaire) est aussi chercheur. (Lavoie, Maquis, & Laurin, 1996).

Etant donné mon implication au quotidien dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap et vivant en institution, il me semble que la plupart des conditions sont réunies, ou semblent réunissables, afin de mener à bien une telle étude. Les résultats seront discutés dans la conclusion.

#### 4.1.2 Historique

Afin de mieux comprendre l'origine de la démarche de recherche-action, il est nécessaire de revenir sur la genèse de cette optique.

Premièrement, il semble important de mentionner que la recherche-action s'inscrit dans le cadre des recherches qualitatives. Elle vise donc à observer des faits sociaux et tente de rendre compte du vécu subjectif des personnes avec lesquelles la recherche est menée.

*« La recherche est une approche à l'étude des phénomènes sociaux liés au changement, à partir de mise en acte dans les situations sociales concrètes, d'où émerge un processus d'enrichissement, de réorientation des actions et des connaissances » (Lavoie, Maquis, & Laurin, 1996, p.26).*

Cette conception est en opposition avec la vision dite quantitative, davantage présente dans les sciences dites « dures » telles que la biologie, la physique ou encore les mathématiques. Dans ce type de sciences, il s'agit de mesurer et expliquer des phénomènes en les quantifiant, de formuler des lois généralisables. Dans notre cas, bien que des hypothèses seront formulées quant aux résultats de telle ou telle action, le but sera en effet de tenter de rendre compte du vécu subjectif des personnes interrogées, plus particulièrement quant à l'impact d'une intervention externe (en l'occurrence menée par un éducateur social) dans un contexte donné. En effet, comme le décrit Poisson (1990) : la recherche-action est :

*« [...] une recherche qui est menée de sorte que les acteurs sociaux sujets de la recherche s'y trouvent eux-mêmes engagés en contribuant à identifier et à élaborer une solution au problème étudié » (Poisson, 1990, p.23).*

L'idée est donc non seulement de tenter de comprendre au mieux la réalité vécue par les sujets de la recherche (étude du particulier), mais également de les impliquer dans le processus de recherche, en tentant d'élaborer une solution commune à un ou plusieurs problèmes identifiés en co-construction avec l'intervenant.

#### 4.1.3 La recherche-action dans le cadre du travail social

Il est premièrement intéressant de noter que cette méthode va dans le sens de l'autodétermination des personnes interrogées, dans la mesure où ces dernières sont directement impliquées dans le processus et coconstruisent le projet.

De plus, le processus de recherche-action peut être mis en parallèle avec la méthode utilisée par Shevin & Klein (1984) visant à stimuler un choix dit « responsable ». Dans son étude, les étudiants sont très rapidement impliqués (en termes de choix) dans certaines modalités relatives à leur processus d'apprentissage (« *Incorporating student choice as an early step in the instructional process* », Shelvin & Klein, 1984, p. 164). En faisant de la sorte, les

étudiants, plus impliqués, apprennent bien plus rapidement à faire des choix responsables dans un contexte donné (une des composantes de la dimension *Fonctionnement autonome* du modèle de Wehmeyer, 1998).

Cette dernière dimension me semble particulièrement importante dans le cadre du travail social, car il est primordial que les personnes soient actrices de leur projet de vie et qu'elles soient par conséquent impliquées dans une recherche qui les concerne directement et qui pourrait potentiellement leur apporter.

Les conditions d'une telle recherche ne sont donc pas contrôlées comme dans le modèle expérimental, mais bel et bien « sauvages » (Poisson, 1990, p.13), c'est à dire que les individus, sujets-acteurs de la recherche, continuent d'évoluer dans leur milieu habituel et ne sont pas soumis à des conditions expérimentales particulières, si ce n'est éventuellement le fait de participer à des entretiens de bilan autour de l'objectif de la recherche par exemple.

Ce type de conditions permet à mon sens de se situer au plus proche du vécu subjectif des personnes et d'évaluer ainsi l'effet de certaines interventions concrètes du travail social, menées par les professionnels au quotidien, sur le lieu de vie.

## 4.2 Modèles de recherche action

Nous allons traiter ici divers modèles applicables de recherche-action existant dans le travail social.

Côté-Thibault (1991), propose par exemple *le changement planifié* (Lavoie, 1996, p.77), qui se traduit par une boucle rétroactive en six étapes :

- 1) identification d'un problème à partir des besoins
- 2) identification d'alternatives de solutions
- 3) choix d'une stratégie de solution à partir des alternatives identifiées
- 4) application de la stratégie
- 5) évaluation de la performance
- 6) essai d'une autre stratégie si nécessaire

En fonction des résultats, si un (ou plusieurs problèmes) subsiste (ou si le problème initial n'a pas été résolu) on essaie une autre stratégie (donc retour au point 1)

Selon Evered (1978), la recherche action peut être menée de la manière suivante :

- Diagnostiquer (Identifier et définir un problème)
- Planifier l'action (Considérer différentes formes d'action pour résoudre un problème)
- Spécifier l'apprentissage (Identifier les résultats généraux)
- Evaluer (Etudier les conséquences d'une action)
- Réaliser l'action (Choisir une modalité d'action)

Nous voyons donc ici que lors de l'étape finale, une action est mise en œuvre. Si cette action semble convenir aux besoins de la situation, elle est menée à nouveau. En revanche, si elle ne convient pas, il faut revenir à la première étape (un nouveau problème se pose), ce qui donne un caractère cyclique à ce modèle. L'avantage est notamment que le processus peut être reconduit un nombre indéfini de fois, jusqu'à ce qu'un résultat satisfaisant soit atteint.

Le modèle de Mc Kernan (1988) (Lavoie, 1996, p.134) a été initialement développé dans le cadre scolaire mais peut aisément être transféré dans le domaine du travail social. Il s'agit d'un autre processus cyclique, cette fois-ci en 7 étapes :

- 1) Définition du problème
- 2) Identification des objectifs

- 3) Formulation d'idées et d'hypothèses
- 4) Élaboration d'un plan d'action
- 5) Implantation d'un plan d'action
- 6) Evaluation de l'action
- 7) Prise de décision

Ces sept étapes sont réalisées dans un premier cycle et les résultats obtenus servent de point de départ à un deuxième cycle, débutant par l'étape « redéfinir le problème ». Le but du premier cycle est de cerner et clarifier le mieux possible la situation qui fait problème. Dans les cycles suivants, si le problème est similaire, les mêmes actions peuvent être mise en œuvre si elles ont été évaluées comme pertinentes (point 7 : prise de décision). A l'inverse, si les actions du premier cycle n'ont pas donné de résultat satisfaisant, il faudra élaborer un nouveau plan d'action. Et enfin, si après la fin du premier cycle, un autre problème se dessine, il faut en revenir à la première étape et recommencer la boucle afin de commencer un second cycle, construit sur le même modèle.

#### 4.2.1 Modalités d'intervention

Le modèle de Mc Kernan (1988) sera donc utilisé pour sa clarté et son caractère applicable dans une situation telle que le terrain de la présente recherche :

Définition du problème : un bilan initial des deux situations, afin d'évaluer le degré d'autodétermination des deux bénéficiaires (dans des domaines définis par le chercheur) est effectué.

Identification d'objectifs : des objectifs en termes de domaines à renforcer (selon le modèle de l'autodétermination de Wehmeyer) sont posés.

Formulation d'idées et d'hypothèses : des hypothèses de compréhension quant aux facteurs pouvant expliquer telle ou telle situation problématique sont énoncées.

Développement d'un plan d'action : suite au bilan initial, un plan des actions à implémenter sera effectué (comment faire pour renforcer l'autodétermination dans les domaines évoqués). Evocation de situations à enjeu pour la personne.

Implantation du plan d'action : adopter une posture de passeur plutôt que d'expert, mettre la personne en position de compétences, adopter des attitudes visant au renforcement positif, à la valorisation des choix du bénéficiaire. Mais aussi travailler au développement, chez le bénéficiaire, de capacités en termes d'analyse des conséquences de ses actions, sa capacité à réévaluer l'action.

Evaluation de l'action : évaluation des conséquences de l'action du chercheur, au travers d'entretiens de bilan (intermédiaire/final) ainsi que d'observations directes du chercheur, qui seront compilées dans la partie « analyse ».

Les mêmes questionnaires sont employés lors de chaque bilan.

Prise de décision : Suite à l'évaluation de ce premier cycle d'actions (bilan intermédiaire) un second cycle sera mis en œuvre, en fonction de l'impact des actions durant le premier cycle sur les critères évalués (amélioration ou non de la situation pour le bénéficiaire en termes d'autodétermination).

Il incombera donc au chercheur de déterminer s'il est opportun de réévaluer le plan d'action afin d'obtenir des résultats similaires, voire meilleurs, ou si le plan d'action peut être maintenu comme tel. Dans les deux cas, les résultats de l'action seront évalués dans le cadre du bilan final.

#### 4.2.2 Modalités générales :

Les deux sujets-acteurs de l'intervention sont deux résidents d'un foyer accompagnant des personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques de respectivement 40 et 47 ans. Ces deux personnes résident depuis

plus de dix ans au sein du foyer Haut-Lac et sont tous deux handicapés de manière significative par leur maladie psychique, notamment par rapport à leur capacité à se rendre dans certains lieux.

La durée d'observation est une période de deux mois. Les deux sujets seront observés-évalués dans le cadre cette recherche-action, chacun sur la dimension qui a été le plus travaillée dans le cadre de leur séjour dans leur structure d'accompagnement (le foyer Haut-Lac), à savoir l'empowerment (ou appropriation) psychologique et le fonctionnement autonome.

Concernant l'utilisation des observations / évaluations présentes dans la base de données « Hermès », avec laquelle travaille la Fondation emera, il semble important de préciser que ces observations ne seront jamais directement citées, et qu'aucun nom propre de bénéficiaire n'apparaîtra dans ce travail, par souci de confidentialité.

### 4.3 Outil terrain :

Deux questionnaires ont été utilisés afin d'évaluer chez les bénéficiaires, le degré de renforcement dans les dimensions « empowerment psychologique » et « fonctionnement autonome », notamment suite à l'action du chercheur (mais également, et surtout, suite à leurs propres actions, qui auront pu être suggérées par le professionnel-chercheur).

Il s'agit donc de déterminer si les compétences présentes dans les sous dimensions de « Empowerment Psychologique » (*Internal Locus of Control* et *Positive Attributions Of Efficiency and Expectancy*) ont évolué positivement ou non chez les sujets de cette étude.

Le questionnaire a été utilisé lors des bilans intermédiaires et finaux. Le même questionnaire a été administré aux deux sujets-acteurs de la présente recherche. Dans la suite de cette étude, les résultats seront ensuite croisés avec des observations directes du chercheur.

### 4.4 Première situation : évaluation de l'empowerment psychologique, Monsieur H.

#### 4.4.1 Bilan initial

##### 4.4.1.1 Problématisation :

##### A. Définition du problème :

Monsieur H a quarante-cinq ans et réside en institution depuis sa vingt-huitième année. Il souffre de schizophrénie. Même si sa maladie est stabilisée, c'est-à-dire qu'il a très peu de symptômes à proprement parler, M. H est extrêmement anxieux à l'idée de subir une nouvelle décompensation. Il connaît assez fréquemment des moments de grande souffrance durant lesquels il est submergé par des crises d'anxiété majeures. Dans ces moments, son discours est déstructuré, M. H est perdu, n'arrive pas à se souvenir du jour qu'il est, parle seul, prie, devient parfois même incapable de communiquer avec autrui. Souvent il vient au bureau ou nous téléphone, et après avoir parlé pendant un certain temps, l'anxiété disparaît et il « revient à lui ». Lorsqu'il est interrogé au sujet de ces crises, il verbalise clairement le fait que, selon lui, l'aide d'un professionnel lui est indispensable afin de solutionner ce problème.

Néanmoins, il se trouve que dans bien des situations, lorsque les professionnels sont absents, M. H réussit à solutionner son problème de façon autonome. De plus, selon les retours qu'il donne (confirmés par son entourage), ces états se produisent peu en l'absence de personnel accompagnant. Nous faisons donc ici l'hypothèse que M. H a la capacité de gérer sans aide ses moments d'anxiété, mais qu'il a pris l'habitude de venir chercher une solution auprès des professionnels.

Afin de renforcer l'autodétermination chez lui, il semble donc que le fait de le renvoyer à ses capacités en travaillant avec lui en amont sur ses ressources et stratégies soit bien plus aidant que de se positionner en expert et lui apporter une solution « toute faite ». En effet, si les professionnels sont en face de lui en position d'expertise, il semble que les solutions ne fonctionnent pas et, de plus, ceci semble vulnérabiliser M. H, qui en vient d'autant plus à douter de ses capacités à solutionner les problèmes par lui-même.

#### B. Identification d'objectifs :

A la lumière des éléments précédemment cités, il me semble donc qu'un travail sur l'empowerment psychologique est nécessaire pour M. H et qu'une intervention est requise afin de modifier ses croyances en termes de lieu de contrôle et de sentiment d'efficacité personnelle. En résumé, il s'agirait de l'orienter vers une attribution davantage interne.

#### C. Formulation d'idées et d'hypothèses :

Il a pour ainsi dire intériorisé la croyance selon laquelle il n'est pas capable de régler seul bon nombre de problèmes, relationnels, psychiques, mais également parfois plus pratiques (quel habit mettre pour se rendre à l'extérieur en fonction de la météo par exemple). Il est donc dans une logique s'approchant de ce que Le Bossé (2002) nomme « impuissance apprise » et cherche la plupart du temps la solution à ses problèmes à l'extérieur de lui-même (auprès des accompagnants, de ses colocataires, de sa famille – par téléphone) et non *en lui-même*.

Ce lieu de contrôle très externe pour reprendre les termes de Bandura (1997) ou Wehmeyer (1997) lui donne le sentiment d'être très dépendant aux autres, augmente son anxiété, diminue son sentiment d'efficacité personnelle et, au bout du compte, le rend plus vulnérable. De ce fait, il ne résout bien souvent pas seul des situations qu'il pourrait, selon l'analyse de l'équipe éducative, résoudre par lui-même. Son image de lui-même en est donc préétablie et il vit dans la constante anticipation d'une crise qu'il ne pourrait pas gérer (où il décompenserait), s'il n'avait pas d'aide externe. Ce qui est primordial à relever ici est le caractère irrationnel de ce type de peurs, dans la mesure où, depuis son hospitalisation il y a plus de 20 ans, M. H n'a pas souffert de décompensation.

En conséquence, un des problèmes principaux de M. H est qu'il a tendance à se replier sur lui-même et à refuser de se rendre à certains endroits, de voir certaines personnes ou de faire certaines activités, car il est persuadé qu'il sera trop perturbé par les éléments présents dans la réalité environnante, et qu'il va décompenser. Or la réalité nous a montré à maintes reprises que ce n'est pas le cas : au contraire, au travers de ce type de confrontations, M. H se renforce dans son estime de lui-même et son sentiment d'efficacité personnelle, en surmontant des situations qui lui semblaient insurmontables.

Nous faisons donc l'hypothèse ici qu'au travers de confrontations aux stressors et de debriefings consécutifs (centrés sur la capacité de la personne à gérer la situation, donc sur l'empowerment psychologique), de renvoi à ses capacités et d'expérimentations, les croyances de M. H peuvent se modifier.

### 4.4.2 Action

#### D. Développement d'un plan d'action :

Au travers d'entretiens où le chercheur reprend certaines situations avec le sujet-acteur de la recherche. L'idée est de revenir sur des situations dans lesquelles le sujet-acteur s'est retrouvé poussé dans ses retranchements, où il a eu le sentiment de devoir faire appel à ses ressources personnelles, et de déterminer ce que le sujet a fait ou entrepris, afin de solutionner la situation par lui-même. Il semble opportun de rappeler ici qu'un travail sur la croyance en ses ressources et la capacité d'autogestion est en cours avec M. H depuis déjà plusieurs mois. Le bilan initial qui a été réalisé plus haut fait donc état des compétences de M. H dans le cadre d'un accompagnement qui a déjà été (partiellement) centré sur ces questions d'autodétermination. En ce sens, nous pouvons dire que M. H ne part pas de zéro, mais a par contre une marge de progression importante dans le domaine de l'empowerment psychologique (compétence qui, rappelons-le, n'est pas constante dans le temps et qui, bien souvent, est tributaire de l'humeur ou de l'état psychologique plus général du sujet-acteur de l'étude).

En résumé, il s'agira de faire une analyse *a posteriori* des ressources mobilisées par la personne dans une situation qu'elle juge pénible ou compliquée.

#### E. Implantation du plan d'action :

L'implantation du plan d'action s'est faite principalement au travers d'entretiens dans lesquels le chercheur a opté pour une posture de passeur plutôt que d'expert. Le renvoi au concept travaillé et aux capacités du bénéficiaire fait également partie des stratégies d'action. En outre, le fait de rappeler les ressources au bénéficiaire et, plus simplement, de lui permettre d'identifier celles qu'il a mises en place, bien souvent sans s'en rendre compte, font partie des stratégies qui devraient permettre au bénéficiaire de développer son empowerment psychologique.

### 4.4.3 Evaluation

#### F. Evaluation de l'action

Se fera à l'aide de critères définis selon les domaines évalués (empowerment psychologique dans un cas, autonomie dans l'autre). Les données récoltées sont donc les réponses aux questionnaires et les observations directes du chercheur quant à l'évolution des compétences susmentionnées chez les deux sujets-acteurs de cette étude, dans leur milieu « naturel ».

#### G. Prise de décision

Poursuite de l'intervention ou modification de certains paramètres.

## 4.5 Questionnaire 1, sujet 1 : Effet de l'action du chercheur sur la dimension empowerment psychologique

### 5.4.1 Hypothèses :

Le présent questionnaire a pour fonction de vérifier les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Auprès de personnes souffrant de troubles psychiques et vivant en institution, le fait de renforcer le pouvoir d'agir ne peut pas nécessairement s'appliquer à tous les domaines de compétences. Il appartient aux professionnels, en co-construction avec les bénéficiaires, de déterminer quel(s) peut/peuvent être le(s) domaine(s) à renforcer.

Hypothèse 2 : Dans le cadre d'une institution accompagnant les personnes souffrant de troubles psychiques, il est possible pour les professionnels de mettre en place des stratégies renforçant l'autodétermination de manière efficiente, en particulier dans les domaines du fonctionnement autonome et de l'empowerment psychologique.

Hypothèse 3 : La posture que le professionnel adopte face à autrui peut permettre de renforcer le sentiment de compétence, et donc le pouvoir d'agir, si le professionnel adopte une posture de « passeur ».

Hypothèse d'action : De ces trois hypothèses de base découle l'hypothèse d'action suivante : les actions conjointes du chercheur et du bénéficiaire ont permis au bénéficiaire de renforcer sa compétence en termes **d'empowerment psychologique**, plus particulièrement en ce qui concerne le sous domaine *Internal / External LOC (Locus Of Control)*.

### 5.4.2 Indicateurs :

Par rapport à la première hypothèse :



*Indicateur principal* : Le fait d'avoir choisi, en accord avec le bénéficiaire, de renforcer l'autodétermination dans le domaine *empowerment psychologique* amène des bénéfices identifiables pour la personne.

*Sous-indicateur 1* : La personne identifie les bénéfices de l'optique choisie en co-construction avec le chercheur.

*Sous-indicateur 2* : La personne mentionne le travail mené conjointement avec le chercheur durant la période de recherche-action, lui a apporté un sentiment de croyance accrue en ses ressources.

Par rapport à la seconde hypothèse :

*Indicateur principal* : La personne exprime qu'elle a ressenti un impact positif de l'action du chercheur sur sa capacité à croire en ses ressources (en référence à la dimension « *empowerment psychologique* »).

*Sous-indicateur 1* : La personne mentionne l'impact de l'action du chercheur en termes *d'empowerment psychologique* lorsqu'elle évoque des situations problématiques pour elle.

*Sous-indicateur 2* : La personne déclare que l'action du chercheur, conjointe avec son propre travail sur elle-même, lui ont permis de mieux solutionner seule des problèmes de la vie quotidienne.

Par rapport à la troisième hypothèse :

*Indicateur principal* : Le bénéficiaire se sent compétent en tant qu'acteur de sa vie, dans une ou plusieurs situations.

*Sous-indicateur 1* : Le bénéficiaire est en mesure de nommer une ou plusieurs situations où il a mobilisé des stratégies qui n'émergent pas de l'extérieur.

*Sous-indicateur 2* : Le bénéficiaire exprime le sentiment d'avoir été mis en position de compétence par le chercheur lors de la durée de la recherche.

Hypothèse d'action :

*Indicateur principal* : Le bénéficiaire est capable de reconnaître sa qualité d'acteur dans une situation problématique. (Locus of Control interne)

*Sous indicateur 1* : La personne donnera, spontanément, au moins une explication selon laquelle elle est, ou pourrait être, au moins en partie, la cause d'une réussite dans des objectifs personnels.

*Sous-indicateur 2* : A l'évocation d'une situation problématique, la personne donne spontanément des solutions à mobiliser afin d'améliorer la situation.

**5.4.3 Questions :**

- 1) Pouvez-vous me décrire une situation problématique pour vous ?
- 2) Quels sont les obstacles concrets que vous devez surmonter ?
- 3) Quelles solutions avez-vous envisagé ?
- 4) Qu'est-ce qui a fonctionné ?
- 5) Qu'auriez-vous pu faire de plus sur le moment ?
- 6) Quels sont pour vous les facteurs qui expliquent le résultat de cette situation ?
- 7) En quoi pensez-vous que votre action a eu un impact sur la situation ?

*Feedback :*

- ➔ Indicateur : le bénéficiaire a le sentiment que l'action du chercheur/professionnel a été bénéfique par rapport à sa situation

➔ Question : Avec vous quelque chose à déclarer concernant mon intervention à ce sujet ?

## 4.6 Deuxième situation : Monsieur B, évaluation de la dimension « fonctionnement autonome » (prise de décision et capacité à faire des choix).

### 4.6.1 Bilan initial

#### 4.6.1.1 Problématisation

*A. Définition du problème* : Monsieur B souffre de dépression chronique accompagnée d'un trouble anxieux sévère et de TOCS très importants qui l'empêchent de vivre au quotidien. Monsieur B ne sort du foyer qu'à de rares occasions. Il reste la plupart du temps dans sa chambre. Il explique ceci de la manière suivante : lorsqu'il se trouve à l'extérieur, ou même regarde simplement à l'extérieur, Monsieur B dit se sentir obligé de contrôler certains éléments du réel (couleurs et numéros de plaque des voitures, habits des gens, par exemple), mais n'y arrive pas car ils sont trop abondants la plupart du temps. Monsieur B n'est pas en mesure d'expliquer pourquoi il doit contrôler tous ces éléments. Il a également été relevé, lors de séjours en hôpital psychiatrique (suite à des décompensations) qu'il souffre d'une psychose légère, accompagnée de paranoïa. Il est donc compliqué de savoir exactement ce qu'il contrôle, mais toujours est-il qu'il ne se sent pas en sécurité hors de sa chambre, et ce depuis plusieurs années. Cette situation est très handicapante pour Monsieur B car il est en mesure de participer à un nombre très restreint d'activités et sa participation sociale est au plus faible.

Son trouble semble devenir de plus en plus envahissant car, il y a une dizaine d'années, il était en mesure de se rendre davantage à l'extérieur. Cela fait environ 6 ans que la situation s'est significativement péjorée sur ce plan. Bon nombre de tentatives d'accompagnement (trajets accompagnés, ou seul, avec objectifs, exposition « forcée ») ont été effectuées mais aucune d'elles n'a permis d'améliorer la situation de façon significative.

Sa demande est de se soigner, d'être capable de se rendre davantage à l'extérieur, ne serait-ce que pour se rendre d'un point A à un point B. L'hypothèse de l'équipe éducative du foyer où réside Monsieur B est qu'une exposition régulière au monde extérieur, au moyen de sorties, si possibles quotidiennes, sont nécessaires afin d'éviter une trop grande progression des symptômes de la maladie dont souffre Monsieur B.

De manière générale, Monsieur B a tendance à très souvent faire des choix qui ne lui sont pas profitables, guidés principalement par les symptômes de sa maladie (selon observation de l'équipe depuis plusieurs années), conduisant à l'isolement, au repli social, voire à la claustration. L'équipe a également observé que ce type de conduite tend à renforcer l'intensité de ses symptômes (parasitage, dépression, anxiété) sans parler de toutes les autres conséquences que le manque de mouvement et de contact avec le monde extérieur ont sur sa santé, physique tant que psychique (prise de poids, douleurs, dépression accrue, augmentation des TOCS et de l'anxiété par évitement, etc.).

En résumé, l'équipe du foyer observe que plus Monsieur B se confronte au monde extérieur, meilleur est son état psychique, et inversement. En effet, si l'équipe n'intervient pas, Monsieur B reste dans sa chambre, ferme toutes les fenêtres et les volets, n'ose plus regarder à l'extérieur, passe dans les lieux communs du foyer avec les yeux fermés. A une certaine période où les TOCS étaient les plus présents, Monsieur B fermait également les stores et fenêtres dans les lieux communs, et faisait de même lorsqu'il se rendait dans sa famille. Dans ces moments, son degré de souffrance et d'anxiété étaient au plus fort. A ce niveau-là, une intervention du personnel accompagnant semble nécessaire afin de limiter la progression du trouble (l'empêcher de systématiquement fermer les volets des lieux communs, le stimuler afin qu'il se rende à ses activités, ou qu'il entre simplement dans le bureau, par exemple).

Mais une question se pose alors : quels sont les acquis de Monsieur B ? Qu'est-il capable de mobiliser sans stimulation, ou intervention, externe. Que se passe-t-il en termes de mouvement vers l'extérieur, de confrontation

aux stressseurs, s'il n'y a pas de stimulation externe de la part de l'équipe ? La maladie risque-t-elle de progresser, le repli social risque-t-il d'être plus important et les TOCS accrus, donc également la souffrance psychique ?

Cette question se pose d'autant plus que l'objectif de Monsieur B est, à long terme, de prendre un appartement privé, dans lequel il n'y aurait pas autant d'intervention externe (hormis SSED-soutien socio-éducatif à domicile fourni par certaines institutions, CMS-centre médico-social ou éventuellement soutien infirmier, mais de manière moins soutenue qu'en foyer). Le but serait qu'il puisse acquérir des compétences afin de se mobiliser, de se mettre en action par lui-même, c'est-à-dire devenir acteur de sa vie et de ses projets, ce qui est une des composantes fondamentales de l'autodétermination, comme nous avons pu le voir plus haut.

B. Identification d'objectifs : Etant donné ce qui précède, l'idée est de permettre à Monsieur B une meilleure conscientisation des conséquences de ses choix, afin qu'ils conduisent à une amélioration, et non une péjoration comme souvent jusqu'ici, de son état psychique. L'idée serait qu'il apprenne à faire des choix qui ne sont pas guidés par ses symptômes et peurs, mais plutôt par sa volonté de se confronter et d'avancer, afin d'accéder un jour à une meilleure stabilité psychique, peut-être même un domicile privé (ce qui est son souhait).

C. Formulation d'idées et d'hypothèses : en lui laissant faire certains choix (le laisser libre de se rendre ou non à une activité précise, hors du foyer) et en analysant ensuite ensemble les conséquences (positives et négatives) de ses choix sur son état, et également par rapport aux objectifs qu'il s'est **lui-même** fixés, il peut progresser en termes de conscientisation et pourrait apprendre à faire des choix qui lui sont plus profitables, sans intervention externe directe.

Nous faisons ici l'hypothèse que Monsieur B pourrait davantage progresser de cette manière, plutôt que dans le cas où on lui imposerait des solutions dont il ne voit pas le sens (ce qu'il a verbalisé être le cas par le passé). Le fait de lui laisser plus d'autonomie, d'être réellement acteur de son projet, devrait également lui permettre d'avoir davantage, à terme, davantage confiance en ses ressources (car il aura acquis un sentiment d'efficacité personnelle accru).

Les domaines dans lesquels une telle action sera entreprise doivent être définis en avance pour des raisons de sécurité et de maintien de la qualité de la prise en charge (risques trop importants suivant les domaines).

#### 4.6.2 Action

D. Développement d'un plan d'action : Monsieur B a une activité « gym », en principe toutes les semaines, dans le cadre de l'hôpital de Malévoz. Lors de son dernier réseau médico-social, Monsieur B. a accepté l'objectif suivant : se rendre une fois par semaine à cette activité, de manière régulière, par ses propres moyens (il s'y rend en taxi car le trajet à pied est pour lui non-envisageable, pour des raisons psychiques, anxiété et TOCS principalement). Monsieur B a également accepté d'essayer de se rendre à cette activité à pied (travail d'exposition au stressseur), au moins une fois. Il peut s'y rendre accompagné, ou non, selon son besoin du moment.

Il est très important de noter que le plan d'action est susceptible d'être modifié en fonction des demandes ou réponses formulées par Monsieur B, lors des entretiens de bilan.

E. Implantation du plan d'action :

Pour l'activité gymnastique, ou toute autre forme de sortie, il sera décidé que Monsieur B peut s'y rendre ou non, sans que ceci soit formulé par l'équipe comme une exigence du foyer, mais plutôt comme quelque chose de bénéfique pour la santé, physique et psychique, de l'intéressé. Des entretiens motivationnels seront parfois menés en amont, mais *in fine*, et au moment du choix, la décision appartiendra toujours à Monsieur B de se rendre ou non à l'activité. L'équipe, et plus particulièrement le chercheur, se tiennent à disposition pour l'accompagner s'il en exprime le besoin. En revanche, personne n'ira par exemple appeler Monsieur B ou encore le chercher en chambre. Monsieur B devra également se souvenir seul de cette activité. Il sera interdit à l'équipe éducative de rappeler à l'intéressé le fait qu'il a cette activité pendant la durée de l'étude.

#### 4.6.3 Evaluation

##### F. Evaluation de l'action :

Entretiens de bilan intermédiaire et final.

Repérage par le chercheur de critères d'atteinte (ou non) de l'objectif

Feedback de l'action du chercheur par le bénéficiaire

##### G. Prise de décision

Poursuite de l'intervention ou modification de certains paramètres.

### 4.7 Questionnaire 2, sujet 2 : Effet des actions entreprises sur le fonctionnement autonome (capacité à faire des choix)

#### 5.5.1 Hypothèses :

Hypothèse 1 : Auprès de personnes souffrant de troubles psychiques et vivant en institution, le fait de renforcer le pouvoir d'agir ne peut pas nécessairement s'appliquer à tous les domaines de compétences. Il appartient aux professionnels, en co-construction avec les bénéficiaires, de déterminer quel(s) peut/peuvent être le(s) domaine(s) à renforcer.

Hypothèse 2 : Dans le cadre d'une institution accompagnant les personnes souffrant de troubles psychiques, il est possible pour les professionnels de mettre en place des stratégies renforçant l'autodétermination de manière efficiente, en particulier dans les domaines du fonctionnement autonome et de l'empowerment psychologique.

Hypothèse 3 : La posture que le professionnel adopte face à autrui peut permettre de renforcer le sentiment de compétence, et donc le pouvoir d'agir, si le professionnel adopte une posture de « passeur ».

Hypothèse d'action : De ces trois hypothèses de base découle l'hypothèse d'action suivante : Les actions conjointes du chercheur et du bénéficiaire ont permis au bénéficiaire de renforcer sa compétence en termes de **fonctionnement autonome** (plus particulièrement les sous-domaines nommés *capacité à faire des choix* et *prise de décisions*).

#### 5.5.2 Indicateurs

##### Par rapport à la première hypothèse :

*Indicateur principal* : Le fait d'avoir choisi, en accord avec le bénéficiaire, de renforcer l'autodétermination dans un domaine particulier amène des bénéfices identifiables pour la personne.

*Sous-indicateur* : La personne identifie les bénéfices de l'optique choisie par le chercheur.

*Sous-indicateur 2* : La personne mentionne que l'action du chercheur sur le domaine *fonctionnement autonome* lui a apporté permis de faire des choix bénéfiques pour lui.

##### Par rapport à la seconde hypothèse :

*Indicateur principal* : La personne exprime qu'elle a ressenti un impact positif de l'action du chercheur sur sa capacité à croire en ses ressources (en référence à la dimension *fonctionnement autonome*).

*Sous-indicateur 1* : La personne mentionne l'impact de l'action du chercheur en termes de *fonctionnement autonome* lorsqu'elle évoque des situations dans lesquelles elle pense ne pas avoir suffisamment de liberté de choix.

*Sous-indicateur 2* : La personne déclare que l'action du chercheur, conjointe avec son propre travail, lui ont permis de faire plus de choix.

*Sous-indicateur 3* : La personne a le sentiment que les choix qu'elle a effectués ont eu des conséquences positives pour elle-même.

#### Par rapport à la troisième hypothèse :

*Indicateur principal* : Le bénéficiaire se sent compétent dans le fait de faire des choix par lui-même, dans une ou plusieurs situations.

*Sous-indicateur 1* : Le bénéficiaire est en mesure de nommer une ou plusieurs situations où il a mobilisé des stratégies qui n'émergent pas de l'extérieur.

*Sous-indicateur 2* : Le bénéficiaire exprime le sentiment d'avoir été mis en position de compétence par le chercheur lors de la durée de la recherche.

#### Par rapport à l'hypothèse d'action :

*Indicateur principal* : Le bénéficiaire est capable d'exprimer ses préférences et effectue des choix qui lui sont profitables dans des domaines définis.

*Sous-indicateur 1* : Le bénéficiaire est capable d'exprimer ses préférences (s'il peut choisir)

*Sous-indicateur 2* : le bénéficiaire croit au caractère efficient de ses choix

*Sous-indicateur 3* : Le bénéficiaire est en mesure d'analyser ses choix lui et d'en comprendre les conséquences

### **5.5.3 Questions :**

- 1) Pensez-vous avoir suffisamment l'influence dans la construction de votre projet de vie ?
  - 2) Est-ce important pour vous d'être en mesure de faire des choix dans votre vie ? Si oui, pouvez-vous m'en citer quelques-uns ?
  - 3) Pouvez-vous me citer un ou plusieurs domaines dans le(s)quel(s) vous aimeriez avoir davantage de liberté de choix ?
  - 4) Si oui, que feriez-vous si vous étiez en mesure de décider dans l'un ou l'autre des domaines ?
  - 5) Quelles seraient selon vous les conséquences ? Et les obstacles pour y parvenir ?
- En référence à une situation travaillée dans le cadre de la recherche action (se rendre à l'extérieur) pour laquelle le bénéficiaire a eu une liberté de choix supplémentaire :*
- 7) Qu'avez-vous décidé de faire ? Quel choix ?
  - 8) Que pensez-vous de votre choix dans la situation x ?
  - 9) Pouvez-vous me décrire les conséquences positives et négatives engendrés par votre (vos) choix ? A court terme ? A long terme ?
  - 10) Comment vous comporteriez-vous si le problème devait se représenter ?
  - 11) Que pensez-vous de la phrase suivante : « par le passé, il a été constaté que lorsqu'une activité était présentée comme obligatoire et que j'étais tenu d'être présent, le résultat a été positif pour moi ».

Feedback : le bénéficiaire a le sentiment que l'action du chercheur/professionnel a été bénéfique par rapport à sa situation

Que pouvez-vous dire concernant mon action à ce sujet ?

## 5 Analyse d'entretiens : bilan intermédiaire et final

Les éléments amenés dans les deux précédentes situations vont maintenant être analysés à la lumière des quatre hypothèses citées précédemment. Pour ce faire, le contenu des entretiens de bilan intermédiaire et final seront utilisés, ainsi que des observations directes du chercheur. Il s'agit donc de déterminer dans quelle mesure les hypothèses avancées dans le présent travail se voient confirmées, ou infirmées, dans le cadre de la procédure de cette recherche-action.

### 5.1 Chronologie et déroulement du processus :

Afin de permettre une meilleure compréhension de la présente analyse, il semble nécessaire de revenir sur divers éléments de chronologie. Pour rappel, la durée totale de la présente recherche est de deux mois.

Dans un premier temps, un **bilan initial** a été effectué avec les deux bénéficiaires concernés, afin d'évaluer quels pouvaient être les domaines à travailler dans le cadre de cette recherche (4.4.1 et 4.6.1).

Des actions ont ensuite été mises en place par le chercheur, sur une période d'un mois, dans le but de renforcer le domaine choisi pour chaque individu. Pour Monsieur H, il s'agit de l'empowerment psychologique et pour Monsieur B, le fonctionnement autonome. Ces actions sont multiples et nous pouvons en citer ici quelques-unes. Premièrement, au travers des entretiens hebdomadaires réalisés par le référent (donc, dans le cas présent, moi-même), l'accent a été mis sur le fait de ne pas aborder une position experte, mais de permettre aux bénéficiaires d'amener leurs propres solutions. Un accent sur les ressources personnelles a été mis dans le cas de Monsieur H, tandis qu'une réflexion autour de la conséquence des choix de la personne a été menée avec Monsieur B. En plus de ces entretiens hebdomadaires, de nombreux entretiens informels ont été réalisés au quotidien, toujours dans la même optique. Dans le cas de Monsieur H, par exemple, s'il venait me demander de résoudre un problème de sa vie courante (angoisses, peurs, appréhensions), s'il me demandait de lui trouver une solution, je le renvoyais à ses ressources et lui proposait de tenter de solutionner le problème en se remémorant, par exemple, les succès qu'il avait pu rencontrer auparavant dans des situations similaires (ce qui renvoie à la notion d'empowerment psychologique). Dans le cas de Monsieur B, les actions concrètes ont parfois consisté, du moins dans un premier temps, en une forme de non-action. Ceci signifie que dans des moments où, en principe, je lui rappelais qu'il avait une tâche à accomplir ou tentais de le stimuler afin qu'il se rende à une activité, j'ai délibérément choisi de ne pas le faire, et d'évaluer ensuite ce qu'il avait pu ressentir, lors d'entretiens fixes (hebdomadaires) ou informels (c'est-à-dire au besoin).

Au terme de ce mois d'action-observation, un **bilan intermédiaire** a été réalisé, à l'aide des questionnaires mentionnés aux points (5.4.3 et 5.5.3). Les résultats de ce bilan seront détaillés plus tard dans l'analyse.

Suite à ce bilan intermédiaire, une décision a été prise dans les deux cas, quant au fait de poursuivre ou non l'intervention de la même manière. Dans le cas de Monsieur H, au vu des résultats encourageants observés non seulement dans le bilan, mais également dans d'autres cadres (équipe éducative, psychiatre, proches donnant tous des feedbacks très positifs sur l'évolution de l'état psychique de Monsieur H durant cette période), il a été décidé de poursuivre l'intervention de la même manière. Pour ce qui est de Monsieur B, l'intervention a également persisté dans le même sens, même si ce dernier ne semblait pas nécessairement en voir les bénéfices directs. Les détails de ces deux phases de décision (sur la poursuite de l'intervention) sont présents dans les parties « évaluation » de l'analyse des situations.

Une fois les décisions prises quant à la suite de l'intervention, une autre période d'observation d'un mois a commencé, au cours de laquelle les actions ont été effectuées de la même manière que durant la première période (entretiens hebdomadaires et informels, accompagnement ciblé autour du développement de l'autodétermination, renvoi aux ressources, possibilité d'expérimenter ses propres solutions chez les bénéficiaires).

Pour terminer, au terme de ces deux mois d'observation (un mois – bilan intermédiaire – un mois), un **bilan final** a été réalisé. Ce bilan met en avant les conclusions générales quant à l'effet des actions effectuées auprès des bénéficiaires dans le cadre de la présente recherche. Les détails de ce bilan sont disponibles dans la suite de cette analyse.

## 5.2 Situation 1

### 5.2.1 Bilan intermédiaire :

#### 5.2.1.1 Première hypothèse :

**Indicateur principal** : Le fait d'avoir choisi, en accord avec le bénéficiaire, de renforcer l'autodétermination dans le domaine *empowerment psychologique* amène des bénéfices identifiables pour la personne.

**Sous-indicateur 1** : La personne identifie les bénéfices de l'optique choisie en co-construction avec le chercheur.

Dans la situation présente, le domaine renforcé est donc l'empowerment psychologique et il a été conjointement décidé entre le bénéficiaire et le chercheur de renforcer cette dimension. Il s'agissait même de la demande du bénéficiaire lors du bilan initial dans la mesure où il se sentait démuné lorsqu'il se retrouvait seul, confronté à une problématique (le plus souvent d'ordre psychique), à résoudre.

Par rapport au premier sous-indicateur, la première hypothèse semble se vérifier :

*Chercheur : Qu'est-ce que vous avez l'impression que ça a changé chez vous cette manière de penser ?*

*Monsieur H : Ben... euh... je trouve plus de solutions tout seul, quoi.*

Nous voyons donc que, déjà lors du bilan intermédiaire, Monsieur H. est en mesure de déclarer spontanément, alors qu'une question ouverte lui est posée, que l'impact principal de la recherche-action, sur l'optique empowerment psychologique est de lui permettre de trouver davantage de solutions par lui-même. Il semble donc en effet que le fait d'avoir choisi de travailler sur ce domaine était opportun, dans la mesure où ceci a rapidement porté ses fruits pour le bénéficiaire, tout du moins dans son discours et sa représentation de lui-même. Ceci est déjà clairement significatif dans la mesure où cette représentation de soi-même et de sa capacité à agir sur le monde semble aller à l'extrême opposé de la tendance condamnée par Le Bossé (2002), nommée « impuissance apprise ».

Nous pouvons donc déclarer que le premier sous-indicateur apparaît comme prévu et confirme l'hypothèse de base selon laquelle le renforcement du pouvoir d'agir chez les bénéficiaires peut être renforcé dans un domaine, indépendamment des autres, et amener des résultats positifs pour la personne. Cet aspect est également présent dans l'extrait suivant :

*« Monsieur H : Qu'est-ce qui me permet de guérir dans ces moments-là ? C'est vrai que la médication, elle fait de l'effet ouais, faut marquer. Mais je pense qu'il y a moi aussi. Je me rends pas exactement compte de ce que je fais, mais je sais que j'y suis pour quelque chose maintenant quand ça marche. »*

Un autre aspect significatif ici est le fait que ce processus semble s'être déroulée de manière extrêmement rapide dans le cas de Monsieur H. Est-ce le fruit d'un travail antérieur, mené conjointement par le bénéficiaire, son réseau médico-social, ainsi que l'équipe éducative ?

**Sous-indicateur 2** : La personne déclare que le fait de travailler la dimension empowerment psychologique correspondait à un besoin chez elle.

Quant au second indicateur, lorsqu'une situation problématique pour Monsieur H a été évoquée (ses fréquentes attaques de panique) et que la question « que pensez-vous pouvoir faire en plus pour solutionner le problème ? » est posée, la personne déclare clairement avoir ressenti le besoin de travailler sur cette dimension :

*En tout cas, une chose est sûre, je veux pas d'une infirmière comme F. (bénéficiaire) ou comme ça. C'était J. [éducatrice] qui m'avait proposé mais moi j'ai dit : « Non, je veux pas. Parce que je veux pas et pis voilà quoi. Je préfère m'en sortir avec mes trucs. »*

Il est donc possible de constater que le bénéficiaire exprime sa préférence pour des solutions venant de lui-même, par rapport à des solutions proposées par une tierce personne (en l'occurrence l'intervention d'une infirmière, proposée par une accompagnante du foyer), ce qui correspond à l'expression du besoin de travailler sur l'empowerment psychologique.

La première hypothèse est donc confirmée dans cet entretien de bilan intermédiaire car les deux sous-indicateurs ont été remplis.

Quant aux observations directes, j'ai en effet pu constater que Monsieur H venait significativement moins souvent demander de l'aide aux accompagnants durant la journée. Ce phénomène a été confirmé par le reste de l'équipe éducative, ainsi que par les ateliers d'ergothérapie dans lesquels se rend Monsieur H, qui n'étaient pas au courant de la présente démarche.

Nous pouvons donc constater que le domaine a été correctement ciblé, en co-construction avec le bénéficiaire, car l'impact est positif tant au niveau de l'auto-évaluation du bénéficiaire que par rapport à l'évaluation faite par des professionnels. L'impact sur la personne et l'environnement sont donc, dans ce cas, positifs. Ceci montre une fois de plus qu'il est possible de définir des domaines à travailler sur le plan de l'autodétermination, de les mettre en action, et d'en tirer des bénéfices.

Si on en croit le modèle de Wehmeyer, un individu ne possède pas nécessairement une capacité à être autodéterminé dans tous les domaines. Il semble que dans ce cas, le fait d'avoir choisi ensemble d'approfondir ce domaine est pertinent pour le bénéficiaire et montre même des résultats plus rapides que ce qui était attendu. En effet, selon le modèle de Wehmeyer (1999) le lieu de contrôle peut être défini comme le degré auquel une personne perçoit les relations de contingence entre ses actions et les conséquences qui en découlent « *the degree to which a person perceives contingency relationships between his or her actions and outcomes* » (Wehmeyer, 1999, p.200).

Les recherches menées par Wehmeyer (1999) mais également Bandura (1977), entre autres, ont démontré que les personnes ayant un lieu de contrôle interne ont plus de chance d'obtenir des succès personnels, relationnels ou même professionnels, notamment face à des situations problématiques. Par conséquent, comme la demande de Monsieur H lors du bilan initial était de pouvoir mieux gérer des situations personnelles compliquées, il semble que le renforcement de la dimension « empowerment psychologique » soit approprié.

#### 5.2.1.2 Deuxième hypothèse :

**Indicateur principal** : La personne exprime qu'elle a ressenti un impact positif de la période de recherche-action sur sa capacité à croire en ses ressources (empowerment psychologique)

**Sous-indicateur 1** : La personne mentionne l'impact de l'action du chercheur en termes d'empowerment psychologique lorsqu'elle évoque des situations problématiques pour elle.

Par rapport à ce premier sous indicateur, le bénéficiaire, nous pouvons constater que la personne déclare au sujet de l'intervention du chercheur :

*Ben oui, c'est toi mon référent, faut que tu notes que j'aime bien que ça soit toi mon référent. Maintenant je sais qu'au bout d'une demie-heure...euh... quand je pars dans le kirsch, ben ça s'arrange toujours.*



Ceci signifie selon moi que le premier indicateur est présent car le bénéficiaire met en relation l'intervention du chercheur (« c'est toi mon référent ») et une croyance accrue en ses ressources : « **maintenant je sais** qu'au bout d'une demi-heure ça s'arrange toujours ». Nous voyons ici que le bénéficiaire mentionne que la présente recherche a permis de modifier, de mettre en mouvement quelque chose chez lui, qui n'était pas présent auparavant. Ce qui a été renforcé ici est le fait de croire en ses ressources et sa capacité à agir sur le monde de manière efficiente sont des composantes fondamentales de la dimension *empowerment psychologique* du modèle de Wehmeyer, comme nous avons pu le voir plus haut, or il semble que ce domaine a bel et bien été renforcé dans ce cas. Nous pouvons donc constater qu'il est, conformément à la seconde hypothèse, possible de renforcer certains domaines du modèle de Wehmeyer au travers d'un accompagnement au quotidien. Pour ce faire, la posture du professionnel mais également le degré de liberté d'action dans l'environnement sont deux composantes fondamentales, comme le mentionne également Michael Wehmeyer (1999) :

*« Overly structured environments, including many special education classrooms, limit the opportunities to acquire skills related to choice and decision-making, hinder the development of an internal locus of control, and prohibit students from learning that they are effective and that their behavior can have beneficial outcomes. (Wehmeyer, 1999, p. 202) »*

**Sous-indicateur 2 :** La personne déclare que l'action du chercheur, conjointe avec son propre travail sur elle-même, lui ont permis de mieux solutionner seule des problèmes de la vie quotidienne.

Par rapport au second sous-indicateur, il semble également être présent dans l'entretien de bilan intermédiaire. En effet, Monsieur H déclare :

*« Qu'est-ce qui me permet de guérir dans ces moments-là ? C'est vrai que la médication, elle fait de l'effet ouais, faut marquer ça. Mais je pense qu'il y a moi aussi. Je me rends pas exactement compte de ce que je fais, mais je sais que j'y suis pour quelque chose maintenant quand ça marche. »*

Nous pouvons donc relever un aspect fondamental par rapport à la seconde hypothèse : le fait que la personne ait conscience qu'elle y est pour quelque chose dans le processus de réussite. Un autre aspect très important à constater ici est le fait que le bénéficiaire est en mesure de réaliser, déjà au moment du bilan intermédiaire, qu'il est acteur de sa réussite (ce qui n'était que très peu présent dans son discours environ un mois auparavant). Est-ce parce qu'un travail sur l'empowerment psychologique est déjà en cours, sans être nommé explicitement ? Il est en tout cas certain que l'équipe éducative et moi-même (en tant que référent) avons depuis plusieurs années déjà mis l'accent sur les ressources de M. H et sa difficulté à les mobiliser, alors même qu'elles sont selon nous présentes.

Ce que nous pouvons en tous les cas en conclure par rapport à la présente étude est que le travail mené (au moment de ce bilan intermédiaire) en nommant explicitement le processus de croyance en ses ressources et d'efficacité personnelle, a permis à M.H de verbaliser (et donc conscientiser) le fait qu'il est avant tout lui-même acteur de son processus de gestion des difficultés qui se présentent à lui au quotidien.

### 5.2.1.3 Troisième hypothèse :

**Indicateur principal :** Le bénéficiaire se sent compétent en tant qu'acteur de sa vie, dans une ou plusieurs situations.

**Sous-indicateur 1 :** Le bénéficiaire est en mesure de nommer une ou plusieurs situations où il a mobilisé des stratégies qui n'émergent pas de l'extérieur.

Par rapport à ce premier sous-indicateur, nous pouvons constater que, lors de l'évocation d'une situation compliquée, le bénéficiaire est en mesure de nommer spontanément quatre stratégies différentes afin de solutionner le problème :

*Chercheur : par rapport à vos attaques de paniques, vos crises d'angoisse, qu'est-ce qui a fonctionné ?*

*Monsieur H : Euh...venir en parler...euh (...) Autrement, y a le médicament qui fonctionne toujours. Et puis faire des exercices de respiration, serrer les poignets, tout ça. Comme ça [respire fortement] la respiration (...) Et puis euh... exercer mes pouvoirs [forts rires].*

*Chercheur : Comme je vous connais un peu, on pourrait dire que vous vous servez de l'humour pour dédramatiser, vous seriez d'accord avec ça ?*

*Monsieur H : Oui pour débriefer... euh sinon... y aussi faire des mathématiques ou prier.*

Les cinq stratégies mentionnées spontanément par M. H pour venir à bout de son problème (ses attaques de panique récurrentes) sont :

- 1) le fait de venir en parler (à des accompagnants, bénéficiaires ou parfois membres de sa famille, par téléphone).
- 2) la prise régulière de sa médication.
- 3) faire des exercices de relaxation (travaillés avec son psychiatre, mais également dans le cadre du foyer).
- 4) prendre de la distance au travers de l'humour et la dédramatisation de la situation.
- 5) faire des mathématiques (ce qu'il fait quotidiennement en chambre afin de se recentrer).

Nous pouvons donc constater que, conformément au premier indicateur, le bénéficiaire est en mesure de nommer une ou plusieurs situations où il a mobilisé des stratégies qui n'émergent pas de l'extérieur. Il est à noter que certaines des stratégies susmentionnées ont été travaillées auparavant dans un cadre thérapeutique et ont été intériorisées par le bénéficiaire, qui semble se les être appropriées. En effet, lorsqu'il mentionne les stratégies pour venir à bout de ses problèmes, il ne mentionne pas l'intervention d'un tiers et énumère des stratégies qu'il considère comme siennes. En ce sens, il est réellement acteur de sa vie.

Par rapport aux observations directes, nous pouvons constater que ce type de stratégies sont effectivement mises en œuvre par le bénéficiaire, même si leur efficacité n'est pas toujours optimale. Il arrive encore souvent, en effet, que Monsieur H ait besoin de l'intervention d'un tiers pour « remettre de l'ordre » dans ses pensées. Quand il est en situation de stress ou d'anxiété, sa capacité à mobiliser des stratégies qu'il connaît (et a visiblement intériorisées) n'est pas toujours présente.

Nous choisissons donc, pour la suite de cette recherche, de tenter de renforcer chez le bénéficiaire sa capacité à mettre en œuvre les stratégies mentionnées de manière efficace.

**Sous-indicateur 2 :** Le bénéficiaire exprime le sentiment d'avoir été mis en position de compétence par le chercheur lors de la durée de la recherche.

Ce sous-indicateur ne semble pas directement présent, car le bénéficiaire ne verbalise pas clairement la mise en compétence. En revanche, j'ai le sentiment que le bénéficiaire se sent davantage compétent que par le passé, par rapport au fait de dédramatiser la situation et se sentir compétent afin de la résoudre :

*Monsieur H : J'ai jamais tant fait de crises dehors du foyer mais par contre ici dedans... bon quand même j'ai fait une crise une fois quand j'étais avec Charly au resto.*

*Chercheur : Et puis vous vous êtes rattrapé comment ?*

*Monsieur H : Ben c'est de la peur c'est pas de la schizophrénie, c'est un peu ça que je me suis dit... Je me suis rattrapé parce que... je me suis remis dans mes points de repère.*

Ce qui est important à relever ici est le fait que le bénéficiaire déclare de lui-même « c'est de la peur, pas de la schizophrénie » en faisant référence à ses angoisses d'anticipation. Ceci peut sembler anodin, mais il n'en est rien. Cette hypothèse a été avancée par son médecin psychiatre lors d'un bilan annuel ayant eu lieu il y a plus d'une année et, à ce moment-là, c'est la première fois (à ma connaissance) que M. H se rassure seul avec cette idée de maladie initiale (la schizophrénie) est stabilisée et qu'il rencontre des peurs, auxquelles il peut (parfois) se confronter et dépasser.

#### 5.2.1.4 Hypothèse d'action :

**Indicateur principal :** Le bénéficiaire est capable de reconnaître sa qualité d'acteur dans une situation problématique. (Locus of Control interne)

**Sous indicateur 1 :** La personne donnera, spontanément, au moins une explication selon laquelle elle est, ou pourrait être, au moins en partie, la cause d'une réussite dans des objectifs personnels.

Ce sous-indicateur est présent dans l'entretien de bilan intermédiaire, de façon assez univoque selon moi :

*Monsieur H : Qu'est-ce qui me permet de guérir dans ces moments-là ? C'est vrai que la médication, elle fait de l'effet ouais, faut marquer. Mais je pense qu'il y a moi aussi. Je me rends pas exactement compte de ce que je fais, mais je sais que j'y suis pour quelque chose maintenant quand ça marche.*

Nous voyons donc au travers de cet extrait, que le bénéficiaire est en mesure de nommer sa qualité d'acteur dans la situation, de manière parfaitement claire. Or, il s'agit d'une des composantes principales du lieu de contrôle interne, faisant partie de la dimension empowerment psychologique, travaillée durant cette recherche avec le bénéficiaire. Il s'agit, selon Wehmeyer (1999) également d'une des missions principales de l'éducation (spécialisée ou non) :

*« People with disabilities hold perceptions of control that are more external, and thus more maladaptive, than their non-disabled peers. The role of educators in promoting internal perceptions of control (...) is more complex than just providing adequate instructional experiences ». (Wehmeyer, 1999, p.201)*

**Sous-indicateur 2 :** A l'évocation d'une situation problématique, la personne donne spontanément des solutions à mobiliser afin d'améliorer la situation.

Ce sous-indicateur est également présent dans l'entretien de bilan intermédiaire, lorsque Monsieur H donne spontanément cinq solutions à mobiliser afin d'améliorer sa situation (attaques de panique et angoisse d'anticipation), cf. p. 51 de la présente recherche.

#### 5.2.1.5 Evaluation :

Au vu des éléments qui précèdent, nous pouvons constater que tous les indicateurs ont pu être observés, et par conséquent les trois hypothèses de travail ainsi que l'hypothèse d'action sont validées lors du bilan intermédiaire. Par rapport à la suite de l'intervention, nous pouvons donc en déduire que la méthode employée ainsi que le domaine à renforcer sont pertinents, ce qui conduit donc à une poursuite de la méthodologie d'intervention. Nous constatons également que le domaine peut être davantage renforcé, notamment par rapport à l'efficacité réelle des stratégies en situation réelle (stress, anxiété) au-delà de la capacité à évoquer lesdites stratégies.

Afin d'évaluer plus précisément l'efficacité de l'intervention du chercheur durant la phase suivante de la recherche, nous observerons lors du bilan final si le problème mentionné comme principal par Monsieur H (ses attaques de panique) est également mentionné comme tel, ou s'il estime avoir encore davantage d'éléments à sa disposition pour gérer la situation.

#### 5.2.2 Bilan final :

Une première remarque d'ordre général concernant ce bilan final s'impose. En effet, contrairement à l'entretien de bilan intermédiaire où le résident était d'humeur apaisée, le résident est passablement destabilisé et tendu lors de ce bilan final, et répond de manière plus floue aux questions. Il semble également moins les comprendre également. Il semble important de mentionner qu'un événement extraordinaire est survenu le jour précédent, à savoir une dispute entre Monsieur H et un de ses colocataires, lors de laquelle Monsieur H a été agrippé par le

cou. Cette situation de violence a donc affecté son état psychique de manière significative. Nous faisons ici l'hypothèse que son état psychique a pu influencer sa manière de répondre aux questions.

#### 5.2.2.1 Première hypothèse :

**Indicateur principal** : Le fait d'avoir choisi, en accord avec le bénéficiaire, de renforcer l'autodétermination dans le domaine *empowerment psychologique* amène des bénéfices identifiables pour la personne.

**Sous-indicateur 1** : La personne identifie les bénéfices de l'optique choisie en co-construction avec chercheur.

Lors de ce bilan final, cet indicateur semble moins présent que lors du bilan intermédiaire, ce qui peut sembler surprenant. En effet, le bénéficiaire ne mentionne à aucun moment de façon claire les bénéfices de la présente optique. Il y fait vaguement référence vers la fin de l'entretien, mais de manière indirecte, lorsqu'il mentionne une stratégie lui ayant été évoquée par un autre accompagnant du foyer (aller faire des pas dehors) :

*Donc c'est cette stratégie que vous avez choisi de mettre en place les autres fois, aussi.*

*M.H : Oui.*

*C : Et il y avait un accompagnant avec vous les autres fois ?*

*M.H : [réfléchit] euh, non.*

A ce moment, il est à noter que Monsieur H montre tout de même qu'il a été capable de reproduire une stratégie ayant montré des résultats, mais de manière autonome. Nous pouvons peut-être considérer que le travail mené avec lui durant les deux derniers mois, spécialement centré sur l'empowerment psychologique, lui a permis de généraliser une stratégie qu'il avait acquise en présence d'autrui. Il ne mentionne donc pas clairement les bénéfices de la présente optique sur son état, mais les ressent peut-être de manière implicite, donc sans le réaliser.

**Sous-indicateur 2** : La personne déclare que le fait de travailler la dimension *empowerment psychologique* correspondait à un besoin chez elle.

Lors de ce bilan final, Monsieur H verbalise moins clairement son besoin par rapport au fait de travailler l'empowerment psychologique. Là aussi, il y fait référence, mais uniquement de manière indirecte.

#### 5.2.2.2 Deuxième hypothèse :

**Indicateur principal** : La personne exprime qu'elle a ressenti un impact positif de la période de recherche-action sur sa capacité à croire en ses ressources (*empowerment psychologique*)

**Sous-indicateur 1** : La personne mentionne l'impact de l'action du chercheur en termes *d'empowerment psychologique* lorsqu'elle évoque des situations problématiques pour elle.

Lors de ce bilan, le bénéficiaire mentionne l'action du chercheur à une seule reprise, de manière très succincte :

*C : Et puis maintenant donc, que pensez-vous que vous auriez faire de plus sur le moment ?*

*M.H : Quand la crise a éclaté vous dites ?*

*C : Oui.*

*M.H : Partir direct et pas rester. Ou lui dire : « maintenant j'aurais besoin de calme », parler en « je » comme m'a conseillé le psy, et aussi toi d'ailleurs...*

Le sous-indicateur 1 n'est néanmoins pas tout à fait présent, même si le bénéficiaire fait référence à une stratégie travaillée en amont, avec le chercheur notamment. Il ne s'agit toutefois pas d'une stratégie faisant directement référence à l'empowerment psychologique, ce qui ne permet donc pas de valider la présence du sous-indicateur numéro un.

**Sous-indicateur 2 :** La personne déclare que l'action du chercheur, conjointe avec son propre travail sur elle-même, lui ont permis de mieux solutionner seule des problèmes de la vie quotidienne.

Par rapport à ce sous-indicateur, il est avant tout important de mettre en avant que, lorsque la première question est posée (« pouvez-vous me décrire une situation problématique pour vous ? ») le bénéficiaire ne mentionne pas la situation mentionnée lors du bilan intermédiaire.

Par conséquent, comme mentionné dans la partie « évaluation » du bilan intermédiaire, la démarche d'action du chercheur autour de la capacité à solutionner les problèmes semble avoir fonctionné, dans la mesure où le bénéficiaire ne mentionne pas le problème en question. Est-ce parce que ce dernier l'a solutionné, peut-être même de façon autonome, ou est-ce simplement parce qu'une autre situation est davantage présente à son esprit (le problème qui s'est présenté la veille) ? Une réponse univoque ne me semble pas possible mais il est possible que l'intervention du chercheur ait eu un impact sur la situation.

A l'évocation de la situation problématique pour le bénéficiaire lors de ce bilan final (la violente dispute ayant eu lieu le jour précédent), la réponse donnée par Monsieur H est la suivante :

*M.H : Ben d'abord je suis allé dans ma chambre. Et puis après j'étais trop en colère et du coup je suis allé voir F. au bureau.*

*C : Quelles solutions avez-vous envisagé avec lui ?*

*M.H : Dorénavant, je sors faire quelques pas, je vais boire un café, je vais me balader, je sors quoi. Moi je veux plus avoir des conflits avec lui.*

Nous constatons ici que la première impulsion du bénéficiaire est d'aller chercher de l'aide, puis dans un second temps, il donne une solution. Il n'est pas directement fait mention de l'action du chercheur, ni du travail sur soi, mais la personne montre manifestement sa capacité à solutionner un problème par elle-même, en allant dans un premier temps chercher de l'aide, puis en mobilisant ses ressources personnelles.

#### 5.2.2.3 Par rapport à la troisième hypothèse :

**Indicateur principal :** Le bénéficiaire se sent compétent en tant qu'acteur de sa vie, dans une ou plusieurs situations.

**Sous-indicateur 1 :** Le bénéficiaire est en mesure de nommer une ou plusieurs situations où il a mobilisé des stratégies qui n'émergent pas de l'extérieur.

Par rapport à cet indicateur, nous pouvons voir que le bénéficiaire est à nouveau en mesure de donner des solutions mobilisées ne venant pas de l'extérieur dans la situation problématique qu'il mentionne. Il est intéressant de noter que cette fois-ci, le bénéficiaire fait plus que de donner des solutions, il met même spontanément en avant l'importance de son impulsion dans la résolution de la situation (le conflit qui s'était déroulé la veille) :

*C : Mais donc vous êtes encore en conflit ?*

*M.H : Non, ça va bien maintenant.*

*C : Et donc, si je reviens là-dessus, qu'est-ce qui vous a permis de solutionner le problème ?*

*M.H : Ben c'est surtout le fait d'avoir repris tout ça ensuite au bureau ensemble à trois. Et ça c'était suite à mon initiative.*

Nous constatons donc que Monsieur H. conclut son discours en précisant que c'est suite à son initiative que la situation s'est débloquée, comme pour le souligner. Sur le plan du sentiment d'efficacité personnelle, le travail effectué semble avoir nettement porté ses fruits, du moins dans le discours. La conscientisation de l'effet de son action ainsi que la capacité à le nommer font partie de la dimension empowerment psychologique, tout comme le

lieu de contrôle, mais font appel à une autre sous dimension : le sentiment d'*auto-efficacité*. Cette composante de l'empowerment psychologique fait référence à la croyance qu'un comportement, s'il est produit de la « bonne » manière (à définir selon les circonstances), va permettre d'atteindre un but désiré : « *the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce a given outcome* » (Bandura, 1977, pp. 193).

Par rapport à la présente situation, nous pouvons constater que le bénéficiaire met en l'importance de son impulsion, ce qui montre qu'il a confiance dans le fait que ce comportement, parce qu'il a été produit de la bonne manière, a eu une influence positive sur la situation.

**Sous-indicateur 2 :** Le bénéficiaire exprime le sentiment d'avoir été mis en position de compétence par le chercheur lors de la durée de la recherche.

Dans cet entretien de bilan final, Monsieur H n'exprime pas le sentiment d'avoir été mis en position de compétence. Lorsque la question de l'influence de la démarche du chercheur est posée, il n'a pas de commentaire particulier :

*Chercheur : Est-ce que vous pensez que mon action avec vous, ce qu'on a travaillé ensemble, a eu une influence sur votre façon de gérer la situation?*

*M.H : Non, euh, je sais pas. Là franchement je vois pas trop.*

Le second sous-indicateur n'est donc pas présent dans l'entretien de bilan final.

#### 5.2.2.4 Par rapport à l'hypothèse d'action :

**Indicateur principal :** Le bénéficiaire est capable de reconnaître sa qualité d'acteur dans une situation problématique. (Locus of Control interne)

**Sous indicateur 1 :** La personne donnera, spontanément, au moins une explication selon laquelle elle est, ou pourrait être, *au moins en partie*, la cause d'une réussite dans des objectifs personnels.

Ce sous indicateur est clairement présent dans l'entretien de bilan final de Monsieur H :

*Chercheur : Très bien, maintenant, en quoi pensez-vous que votre action a eu un impact sur la situation (7) ?*

*M.H : Je sais pas, franchement je sais pas. Je pense que j'y suis quand même pour un peu, ouais. De mon côté je dois faire mon chemin, c'est pas tout les autres qui peuvent faire à ma place. J'avancerais juste pas en pensant comme ça. Essayer de voir là où ça cloche, là où c'est difficile pour moi, ça c'est important. Et puis de venir en parler [pause, réfléchit] ouais venir en parler, quoi.*

Il est intéressant de noter que dans cet entretien de bilan final, le bénéficiaire est non seulement capable de donner une explication causale impliquant son intervention dans la réussite de la situation, mais de plus, il est capable d'en décrire le processus. Ceci est particulièrement remarquable car il semble que le bénéficiaire se soit à nouveau approprié le concept de telle manière à pouvoir le mettre en action et le décrire de façon précise, dans ses étapes (« faire le chemin » par soi-même ; ne pas laisser les autres tout faire à sa place, essayer de voir « là où ça cloche », venir en parler).

Il est également assez surprenant de constater que les concepts évoqués par Monsieur H sont très proches de ceux évoqués par Wehmeyer dans sa définition de l'autodétermination : « *a characteristic of a person that refers to volitional actions that enable people to be causal agents in their lives* » (Wehmeyer, 2002, p.115). Il s'agit en effet d'être les agents causaux de leurs vies, ce qui est exactement exprimé ici par le bénéficiaire. Il est à mon sens encore plus remarquable de noter que cette compétence à croire en ses ressources et à les verbaliser aussi clairement n'était absolument pas autant présent avant le début de la présente recherche. Ce sentiment est également partagé par l'équipe d'accompagnants ainsi que par le psychiatre référent de Monsieur H.

**Sous-indicateur 2 :** A l'évocation d'une situation problématique, la personne donne spontanément des solutions à mobiliser afin d'améliorer la situation.

Ce dernier sous-indicateur est présent à plusieurs reprises dans cet entretien de bilan final. Le bénéficiaire mentionne en effet à plusieurs reprises des solutions qu'il a imaginées, puis mises en place de lui-même, afin de solutionner le problème. Nous pouvons en effet citer plusieurs passages apparus plus tôt dans cette analyse :

*Chercheur : Qu'avez-vous mis en place pour solutionner le problème ?*

*M.H : Ben d'abord je suis allé dans ma chambre. Et puis après j'étais trop en colère et du coup je suis allé voir F. au bureau.*

*C : Quelles solutions avez-vous envisagé avec lui ?*

*M.H : Dorénavant, je sors faire quelques pas, je vais boire un café, je vais me balader, je sors quoi. Moi je veux plus avoir des conflits avec lui.*

Dans cet extrait nous voyons que le bénéficiaire donne spontanément une première solution (aller dans sa chambre). Ensuite, comme cette solution n'est manifestement pas satisfaisante par rapport à la présente situation (« *Et puis après j'étais trop en colère* »), le bénéficiaire en envisage une autre « *du coup je suis allé voir F. au bureau* ». A ce niveau du processus de réflexion de Monsieur H (afin de trouver une solution qui lui convienne), la solution qu'il envisage est d'aller demander de l'aide à un accompagnant. Sa première impulsion aura donc été de s'en sortir sans l'intervention d'un tiers (aller dans sa chambre) mais, étant donné que cela ne fonctionne pas, il choisit (de lui-même) d'aller quérir de l'aide. Il obtient ensuite une réponse qui semble lui convenir et une solution qu'il se sent capable de mettre en action. Ce que nous pouvons également constater plus loin dans l'entretien c'est qu'un nouveau problème s'est présenté à Monsieur H lorsqu'il s'est rendu à un autre moment au bureau :

*Monsieur H : D'ailleurs j'ai dit à F (accompagnant) que je les avais entendu parler à travers la porte du bureau, comme quoi D. il voulait plus du tout me parler, qu'il mettrait la musique ou les T-shirts qu'il veut, même si ça me dérange. Alors, tu vois, moi j'ai voulu mettre tout ça au clair. Et pis donc après on a discuté et pis ça a joué.*

Alors qu'il est confronté à un nouveau problème, le bénéficiaire est en mesure de citer spontanément une stratégie pour le solutionner (« *Alors, tu vois, moi j'ai voulu mettre tout ça au clair. Et puis donc après on a discuté et pis ça a joué.* »). Le sous-indicateur 2 est donc clairement présent, pour la deuxième fois dans ce bilan final.

Ce qui est encore plus remarquable par rapport à cet indicateur est le fait que, non seulement Monsieur H. est en mesure de donner à plusieurs reprises des solutions de manière spontanée, mais en plus il arrive à se projeter dans des solutions alternatives :

*Chercheur : Et puis maintenant que pensez-vous que vous auriez faire de plus sur le moment ?*

*M.H : Quand la crise a éclaté vous dites ?*

*C : Oui.*

*M.H : Partir direct et pas rester. Ou lui dire : « maintenant j'aurais besoin de calme », parler en « je » comme m'a conseillé le psy, et aussi toi d'ailleurs...*

Nous voyons ici que spontanément, Monsieur H donne deux solutions alternatives par rapport à celle qu'il a choisie. Ceci montre que le sujet est en mesure de produire un raisonnement par rapport à ce qu'il aurait pu améliorer dans cette situation et peut l'expliquer.

Plus loin, le bénéficiaire démontre une capacité d'autoanalyse significative et propose une autre solution alternative.

*C : Est-ce qu'il y a quelque chose que vous auriez pu faire différemment ?*

*M.H : Déjà ne pas en venir aux mains et partir déjà avant que ça monte, ça monte, ça monte, euh, avant que ça pète quoi ?*

Il semble donc qu'au travers des nombreuses solutions données par Monsieur H pour solutionner le problème, le second indicateur soit validé de manière univoque. Nous voyons que Monsieur H a même dépassé les attentes par rapport à la présente hypothèse, dans la mesure où il est en mesure de donner de nombreuses solutions mobilisées, mais également de se projeter par rapport à des solutions alternatives qu'il aurait pu employer ou pourrait employer si une situation similaire devait se représenter.

#### 5.2.2.5 Evaluation :

Au travers de cet entretien de bilan final, nous pouvons relever que les indicateurs sont peu présents par rapport aux hypothèses 1 et 2, par rapport à l'entretien de bilan intermédiaire. En revanche, ils sont très présents par rapport à la troisième et quatrième hypothèse (hypothèse d'action) et dépassent même les attentes initiales en termes de fréquence d'apparition. Il est important de noter que ces deux hypothèses sont reliées par un thème commun qui est le lieu de contrôle interne (internal locus of control chez Wehmeyer, 1999). Par rapport à ces deux hypothèses – c'est à dire 3) la posture de passeur peut renforcer l'autodétermination chez les bénéficiaires et 4) les actions conjointes du chercheur et du sujet peuvent renforcer la capacité à exercer un locus of control interne), nous pouvons voir que des notions telles que l'action par soi-même, ou encore le fait de mobiliser spontanément des solutions afin de résoudre un problème de nature sociale sont constamment présentes. Cette capacité était nettement moins présente chez le bénéficiaire lors du bilan initial, a augmenté lors du bilan intermédiaire, et ressort de manière encore plus saillante ici. Nous voyons en effet que, par exemple, le bénéficiaire est capable de faire appel à ses ressources, de le nommer, et d'envisager même des solutions alternatives afin d'ajuster sa réaction si un tel événement devait se produire. Ceci vient probablement du fait que le travail effectué durant les deux mois de recherche-action ont principalement consisté à renforcer le bénéficiaire dans sa capacité à adopter un lieu de contrôle interne. En ce sens, l'objectif principal du travail effectué avec Monsieur H est atteint et va même au-delà des résultats attendus.

En effet, selon l'évaluation faite dans le bilan initial, Monsieur H attendait souvent que la solution à ses problèmes vienne de l'extérieur, principalement des accompagnants. Il lui est d'ailleurs arrivé maintes fois par le passé de qualifier les accompagnants d'incompétents car ils n'étaient pas en mesure de lui donner une solution permettant de résoudre son problème. Il a donc été nécessaire de mener un travail sur la conscientisation, premièrement par rapport aux bénéfices qu'une telle démarche pouvait lui apporter en termes d'autonomie ou de capacité à atteindre ses buts. Ensuite une prise de conscience était nécessaire par rapport à la capacité à croire en ses ressources. Afin de stimuler cette prise de conscience, j'ai choisi d'orienter le raisonnement du bénéficiaire vers des succès antérieurs, événements où il a surmonté ses peurs, et les conséquences qui en ont découlées. La réassurance a probablement été une stratégie qui a aidé Monsieur H à mieux se situer par rapport à ses ressources et davantage croire en elles.

Au quotidien, un changement net est parfois constaté par l'ensemble de l'équipe d'accompagnants. En effet, il est souvent ressorti au cours de cette période d'action que Monsieur H sollicitait moins les accompagnants, semblait plus essayer de solutionner par lui-même les problèmes. Mais ce qui est encore plus significatif, c'est le fait que Monsieur H est plus efficace de cette manière que lorsqu'il allait chercher les solutions à l'extérieur. Il a résolu de manière plus autonome et plus efficace ses attaques de panique, en a verbalisé un nombre nettement moins important (surtout durant le deuxième mois de l'étude) et les évaluations psychiques faites par l'équipe accompagnante, mais également son psychiatre, sont globalement meilleures. Il est très intéressant de relever ici que, comme cité au début de ce travail, selon la théorie de Wehmeyer (1999), les individus ayant développé une capacité à agir de manière autodéterminée sont généralement **plus autonomes, résolvent de manière plus effective des problèmes de nature sociale ou relationnelle, sont plus assertifs et conscients d'eux-mêmes** (Wehmeyer, 1999). Il semble donc que le travail sur l'autodétermination ait apporté les résultats escomptés avec Monsieur H, car, en résumé, le fait que Monsieur H ait été en mesure, en si peu de temps, de prendre suffisamment confiance en ses ressources pour pouvoir les évoquer explicitement et les mettre en œuvre ainsi, est une atteinte totale de l'objectif.



## 5.3 Situation 2 :

### 5.3.1 Bilan intermédiaire :

#### 5.3.1.1 Première hypothèse :

*Indicateur principal* : Le fait d'avoir choisi, en accord avec le bénéficiaire, de renforcer l'autodétermination dans un domaine particulier amène des bénéfices identifiables pour la personne.

*Sous-indicateur 1* : La personne identifie les bénéfices de l'optique choisie par le chercheur.

Lors de ce bilan intermédiaire, le bénéficiaire n'est pas en mesure de verbaliser clairement les apports de l'optique choisie. Ce sous-indicateur n'est donc pas présent.

*Sous-indicateur 2* : La personne mentionne que l'action du chercheur sur le domaine *fonctionnement autonome* lui a permis de faire des choix bénéfiques pour lui.

Dans cet entretien de bilan intermédiaire, le sujet est capable de mentionner un choix effectué de son propre chef, mais n'identifie pas de conséquence positives, ni l'action du chercheur :

*C* : Est-ce que tu peux me décrire des choses dans ta vie, des domaines de ta vie où c'est important pour toi de dire, ça je décide, ça je veux faire ? ça peut être tout bête, hein.

*M. B* : D'aller travailler.

*C* : Ok. Donc c'est important pour toi de décider si oui ou non tu vas travailler ? D'avoir la liberté en fait de dire j'y vais ou j'y vais pas, en quoi c'est important pour toi ?

*M.B* : Ben oui c'est important, mais... ça dépend dans quel contexte je me trouve. Des fois c'est bien de pouvoir choisir, des fois faut juste y aller, comme avec le travail. J'y vais et pis c'est tout.

Ce sous indicateur n'est donc pas présent. Nous voyons donc ici que la première hypothèse ne peut pas être validée dans son ensemble, car aucun des deux sous-indicateurs requis n'est présent.

#### 5.3.1.2 Seconde hypothèse :

*Indicateur principal* : La personne exprime qu'elle a ressenti un impact positif de l'action du chercheur sur sa capacité à faire des choix responsables (en référence à la dimension *fonctionnement autonome*.)

*Sous-indicateur 1* : La personne mentionne l'impact de l'action du chercheur en termes de *fonctionnement autonome* lorsqu'elle évoque des situations dans lesquelles elle pense ne pas avoir suffisamment de liberté de choix.

Ce sous-indicateur n'est pas présent.

*Sous-indicateur 2* : La personne déclare que l'action du chercheur, conjointe avec son propre travail, lui ont permis de faire plus de choix.

Cet indicateur n'est pas présent.

*Sous-indicateur 3* : La personne a le sentiment que les choix qu'elle a effectués ont eu des conséquences positives pour elle-même.

Cet indicateur n'est pas présent.

La seconde hypothèse ne peut donc pas être validée, dans la mesure où aucun sous-indicateur n'est présent. Nous pouvons en déduire qu'à ce stade du processus, le bénéficiaire n'est pas en mesure de faire le lien entre l'action du chercheur et le renforcement de sa capacité à faire des choix qui lui soient profitables.

### 5.3.1.3 Troisième hypothèse :

**Indicateur principal** : Le bénéficiaire se sent compétent dans le fait de faire des choix par lui-même, dans une ou plusieurs situations.

**Sous-indicateur 1** : Le bénéficiaire est en mesure de nommer une ou plusieurs situations où il a mobilisé des stratégies qui n'émergent pas de l'extérieur.

Cet indicateur n'est pas présent car le bénéficiaire ne mentionne pas de situations, présentes ou passées, dans lesquelles il aurait mobilisé des solutions par lui-même. Il se projette uniquement dans une hypothétique efficience personnelle, mais qui jusque-là n'a jamais été constatée :

*Est-ce que tu peux me citer un ou plusieurs domaines dans lesquels t'aimerais pouvoir plus faire des choix ?*

*M.B : Ouais, les tâches [du foyer] ... euh... je les ai le lundi et euh... j'aimerais bien euh... j'ai pensé de faire, euh... [longue pause] soit le jeudi, soit le vendredi, pis que je dise après quand j'ai fait la tâche... faire... euh... pas forcément le lundi mais un autre jour.*

*C : Donc en gros, si maintenant le foyer ouvrait la situation et disait ok, c'est bon, tu peux faire tes tâches [pause] quand tu veux dans la semaine... tu viens nous dire, quoi. Comment ça se passerait tu penses ?*

*M.B : Ben je le ferais et pis je viendrais dire quand j'aurai fait la tâche.*

*C : Ok, comme ça. Mais par le passé on a déjà essayé ça et ça a pas fonctionné, donc les conséquences pour toi dans le cas présent, ça seraient lesquelles ?*

*M. B : Ne pas oublier, enfin j'oublierais pas cette fois-ci.*

Il est clair ici que le bénéficiaire n'est pas en mesure de nommer une stratégie spécifique lui permettant de venir à bout de son problème (ne pas oublier). Il est également intéressant de noter que par le passé, une liberté de choix lui avait été accordée dans les présents domaines, et il n'avait pas été en mesure d'aller au bout de ses objectifs.

**Sous-indicateur 2** : Le bénéficiaire exprime le sentiment d'avoir été mis en position de compétence par le chercheur lors de la durée de la recherche.

Ce sous-indicateur n'est pas présent.

Par rapport à ces deux sous-indicateurs, l'hypothèse selon laquelle la posture du chercheur aurait eu une influence sur la capacité du bénéficiaire à faire des choix ne peut pas être validée. Néanmoins, même si le bénéficiaire ne l'exprime pas directement, il semble que la démarche de conscientisation effectuée plus tôt ait eu un effet marquant sur le bénéficiaire.

### 5.3.1.4 Hypothèse d'action :

**Indicateur principal** : Le bénéficiaire est capable d'exprimer ses préférences et effectue des choix qui lui sont profitables dans des domaines définis.

**Sous-indicateur 1** : Le bénéficiaire est capable d'exprimer ses préférences (s'il peut choisir)

Cet indicateur est présent dans le bilan intermédiaire et ce à plusieurs reprises :

*Chercheur : Par rapport à ta vie, par rapport à ce que tu veux dans ta vie, est-ce que tu as l'impression que tu peux, euh, avoir un impact sur ce qui se passe ? Ou t'as l'impression que les choses se passent... euh... un peu malgré toi ?*

*Monsieur B : Oui j'aimerais prendre un studio mais...*

*C : Ouais ? Mais ?*

*M. B : Dans le ...euh... je sais pas quand, mais assez bientôt quoi.*

Il est tout de même à noter que le bénéficiaire est assez vague par rapport à l'élaboration d'un plan d'action concret afin de parvenir à ses fins. Il peut s'agir d'une sous-dimension à travailler dans la suite de l'étude.

*Est-ce que t'arrives à me citer quelques domaines dans lesquels c'est important pour toi, de choisir ?*

*M. B : Par rapport à ?*

*C : Par rapport à ce qui te vient à l'esprit. Des choses dans ta vie, des domaines de ta vie où c'est important pour toi de dire, ça je décide, ça je veux faire ? ça peut être tout bête.*

*M. B : D'aller travailler.*

Ici aussi, nous voyons que le bénéficiaire est capable d'exprimer ses préférences et nomme un domaine dans lequel il lui semble vraiment important de choisir. Comme nous l'avons vu précédemment, Guess, Benson, & Siegel-Causey (1985) montrent qu'il existe trois niveaux de choix : a) le choix indiquant des préférences, b) le choix en tant que processus de prise de décision, c) le choix comme une expression de l'autonomie et de la dignité (cité dans Wehmeyer, 1997, p.181). Dans le cas présent, Monsieur B exprime donc un choix en indiquant ses préférences (aller à terme en domicile privé plutôt que de rester en foyer ; choisir d'aller travailler plutôt que l'inverse), ce qui montre que la dimension « *capacité à faire des choix* » de Wehmeyer est acquise à ce niveau de l'étude.

De plus, connaissant le parcours de cette personne au sein de l'institution, le fait de mentionner le domaine du travail n'est en aucun cas anodin. En effet, par le passé, le bénéficiaire avait fait la demande d'être autonome dans sa gestion des réveils pour se rendre à son activité en atelier. Comme l'équipe n'avait que très peu de retours directs de l'atelier (entreprise externe à l'association), Monsieur B était responsable de s'y rendre ou non. Il déclarait en effet ne plus vouloir subir la pression de l'obligation et être autonome par rapport à cela. Cette demande lui fut accordée mais elle se solda par un échec : Monsieur B ne se rendait pas à son activité professionnelle et son état psychique chutait. La décision fut donc prise de retourner à un cadre plus serré (aide pour le lever le matin, contacts réguliers avec l'atelier), mais cette fois-ci, Monsieur B était partie prenante, probablement parce qu'il avait pris conscience, à travers cette expérience, qu'il lui était davantage profitable de se rendre à son activité professionnelle, qu'il soit obligé de le faire ou non. En un certain sens, un travail sur le sens et la motivation intrinsèque a été effectué par le passé et il est très intéressant, voire surprenant, de constater que Monsieur B évoque ici ce travail lorsqu'on lui parle de liberté de choix.

Nous voyons donc que le sous-indicateur 1 apparaît à deux reprises et met en avant bon nombre d'éléments par rapport à la présente démarche. Plus loin dans l'entretien, ce sous-indicateur apparaît à nouveau, et permet ainsi de constituer les prémisses de la phase opérée ensuite (entre le bilan intermédiaire et le bilan final). En effet, le bénéficiaire est en mesure de décrire un niveau supérieur de choix en prenant une décision (*prise de décision* chez Wehmeyer) :

*C : Est-ce que tu peux me citer un ou plusieurs domaines dans lesquels t'aimerais pouvoir plus faire des choix (...) ?*

*M.B : Ouais, les tâches [du foyer] ... euh... je les ai le lundi et euh... j'aimerais bien euh... j'ai pensé de faire, euh... [longue pause] soit le jeudi, soit le vendredi, pis que je dise après quand j'ai fait la tâche... faire... euh... pas forcément le lundi mais un autre jour.*

Le bénéficiaire est donc en mesure de se positionner en prenant une décision. Il choisit de demander d'avoir plus de liberté par rapport au cadre, ce qui est significatif en termes de capacité à être acteur de sa vie. Par conséquent, à partir de cet élément, la demande lui sera donc accordée et les résultats seront évalués lors du bilan final.

**Sous-indicateur 2 :** le bénéficiaire croit au caractère efficient de ses choix

Cet indicateur est présent de façon assez claire, à une seule reprise :

*Par exemple on sait que tu veux prendre un appart. On sait aussi que c'est pas possible pour le moment. Comment tu expliques ça ? Ca dépend de qui ?*

*M. B. : Ben ça dépend de moi*

*C : T'as cette impression là, que ça dépend de toi donc ?*

*M.B : Ouais*

*C : Donc si tu mets ce qu'il faut en action ?*

*M.B : J'arriverai peut-être un jour ouais... je sais pas quand, mais...*

Nous voyons que Monsieur B est capable de reconnaître sa qualité d'acteur dans une situation présumée (prendre un appartement), mais il n'est pas en mesure de nommer ce qu'il pourrait mettre en place ou ce qui poserait problème. Une question relative aux obstacles rencontrés lui est donc posée :

*C : Et quels pourraient être les obstacles ?*

*M. B : Les obstacles... euh... les difficultés ?*

*C : Ouais ça*

*M.B : Peut-être un peu, sortir euh... non je sais pas (...) Les trajets [à l'extérieur] un peu des fois*

Le bénéficiaire est en mesure de nommer un obstacle de taille par rapport à son objectif (prendre un appartement) : le fait de ne pas oser se rendre à l'extérieur. Nous voyons ici qu'à défaut d'être en mesure de nommer des actions qu'il pourrait entreprendre afin de mener à bien ses buts (croire au caractère efficient de ses choix), le bénéficiaire est en mesure de nommer les obstacles qui se présentent à lui pour y parvenir. Ce type de démarche permet donc également au bénéficiaire (et au professionnel) de préciser la nature de son problème, afin de mieux savoir sur quoi travailler par la suite.

D'ailleurs, plus loin, ceci débouche sur un autre questionnement, celui de l'influence que Monsieur B peut avoir sur le fait de dépasser ces obstacles (qui fait également référence au locus of control) :

*C : Ok, les trajets. Et... euh... par rapport à ces trajets, t'as l'impression que t'as de l'influence sur ce qui se passe ?*

*M.B : Ben oui, y a des jours où je me sens mieux que d'autres, des jours où j'arrive plus à y aller que d'autres.*

Là aussi, les actions entreprises par le chercheur (à partir des hypothèses énoncées précédemment) semblent avoir fait émerger chez le bénéficiaire une explication plus concrète du phénomène (le fait de faire lien entre son état psychique « y a des jours où je me sens mieux que d'autres » et sa capacité à surmonter les obstacles mentionnés précédemment « des jours où j'arrive plus à y aller que d'autres »).

**Sous-indicateur 3 :** Le bénéficiaire est en mesure d'analyser ses choix lui et d'en comprendre les conséquences

Dans cet entretien, Monsieur B arrive à exprimer quels choix, parmi ceux qu'il a effectués par rapport à son objectif (réussir à se rendre à l'extérieur, soit à la gym soit pour un autre type de sortie) lui ont été, selon lui, profitables, et pourquoi. Nous voyons toutefois dans l'extrait suivant que des relances ont été nécessaires :

*M.B : J'y ai pas été, je me sentais pas bien [râclage de gorge] je me sentais pas trop d'aller, j'étais euh... [fort soupir]*

*C : Ok et qu'est-ce que tu penses de ton choix, de ta décision, dans cette situation ?*

*M.B : Ben je me sentais pas, j'étais à b.. donc [pause] ouais quoi, bien.*

*C : Tu me dis bien donc tu penses que c'est un bon choix. C'était le bon choix à faire ?*

*M.B : Euh... [fort soupir] sur le moment... euh... pfff... ouais*

*C : La conséquence pour toi, est-ce que pour toi, le résultat il a été positif, ou négatif ?*

*M.B : Ben, positif.*

*C : D'accord et est-ce que tu as entrevu des conséquences négatives ?*

*M.B : Euh...euh non... Pour le... euh non.*

*C : Et, plus en détail, tu arriverais à me dire ce que ça a généré de positif pour toi, de pas y aller ?*

*M.B : Ça m'a tranquilisé.*

Nous voyons ici que le bénéficiaire exprime clairement le fait que selon lui, le choix qu'il a effectué est le bon. Afin de sortir de la position d'expert face à une telle situation, et revêtir une posture de passeur, il est à mon sens nécessaire de ne pas immédiatement imposer à lui la vision de l'équipe accompagnante. En effet, il est communément partagé par le réseau de Monsieur B que moins il se rend à l'extérieur, moins il osera le faire. Un travail peut être à faire sur la co-construction d'une signification commune autour du présent objectif. Une autre piste pourrait être de prendre acte que Monsieur B a pris une décision, est en mesure de l'exprimer et qu'il a selon lui fait le bon choix.

L'indicateur est donc présent.

#### 5.3.1.5 Evaluation :

La première chose que nous pouvons constater lors de ce bilan intermédiaire est le fait que les trois premiers indicateurs ne sont pas présents dans le discours du bénéficiaire. Ce dernier n'est en effet pas en mesure d'identifier les bienfaits d'une optique d'autodétermination, ni l'impact du chercheur à ce niveau du processus (hypothèses 1 et 2). Quant à l'hypothèse 3, elle ne peut pas être validée, car aucun indicateur n'est présent. La posture de passeur du chercheur ne semble pas avoir eu d'impact identifiable par l'intéressé.

Par rapport à l'hypothèse d'action, nous pouvons constater que Monsieur B est en mesure, dans le cadre de l'institution, d'exprimer des choix et des préférences, et d'être entendu. Il exprime donc la volonté d'agir sans influence externe (donc de trouver lui-même la motivation) pour réaliser les tâches d'intendance du foyer ou encore pour se rendre à une de ses activités de loisir à l'extérieur (ce qui était l'objectif lors du bilan initial). Comme nous avons pu le voir précédemment, Guess, Benson, & Siegel-Causey (1985) montrent qu'il existe trois niveaux de choix : a) le choix indiquant des préférences, b) le choix en tant que processus de prise de décision, c) le choix comme une expression de l'autonomie et de la dignité (cité dans Wehmeyer, 1997, p.181). Dans le cas présent, Monsieur B n'arrive pas à aller au-delà du premier niveau (le choix indiquant des préférences) et ne passe jamais au niveau suivant (prise de décision). En effet, Selon Beyth-Marom, Fishoff, Jacobs Quadrel, & Furby (1991), faire des choix consiste à choisir entre des alternatives basées sur des préférences individuelles. En revanche, la prise de décisions implique plus de compétences, dont la capacité à faire des choix, mais pas uniquement. Selon le modèle développé par ces auteurs, il y aurait cinq étapes dans la plupart des situations dans lesquelles il y a prise de décisions : énumérer les alternatives pertinentes en termes d'action, identifier les conséquences possibles de ces actions, évaluer la probabilité d'occurrence de chaque conséquence (si l'action a été entreprise), établir l'importance (ou valeur ou utilité) de chaque conséquence, intégrer ces probabilités pour identifier le cours d'action le plus probable. Nous constatons ici que Monsieur B n'est pas en mesure de mentionner les conséquences de son action, ou de justifier pourquoi cette action serait pertinente pour lui. Il semble plutôt vouloir agir selon ses préférences : fuir le stress, ne pas se confronter à l'extérieur, vouloir fonctionner sans planning libre, mais n'est pas réellement en mesure d'analyser les pour et les contre d'une telle démarche. Nous pouvons même nous demander si à ce stade, ce n'est pas plutôt sa pathologie qui dicte ses actes (évitement) et s'il est réellement pertinent de lui

permettre d'aller dans cette direction (aussi afin de respecter les principes de l'art 3. CDPH, c'est-à-dire la liberté de faire ses propres choix).

Il semble donc qu'à ce stade de l'étude, deux orientations sont possibles : laisser le bénéficiaire poursuivre dans la direction qu'il a prise à ce moment-là (poursuite de l'intervention), ou tenter de travailler avec lui sur le fait de se rendre à ses activités ou sorties, d'essayer de faire émerger en lui une motivation en le convaincant des bienfaits d'une telle activité. Etant donné le caractère déterminé de Monsieur B et son expression claire de ses préférences, il semble que dans l'intérêt de cette étude, ainsi que du bénéficiaire (en termes de renforcement de l'autodétermination) il est opportun de le laisser poursuivre sur cette voie. Il sera ensuite possible de voir en quoi il peut être en mesure de trouver, en co-construction avec l'équipe, des stratégies pour parvenir à ses fins. Une des options pourrait également être que Monsieur B abandonne définitivement ses activités, à l'intérieur comme à l'extérieur du foyer.

Il a donc été décidé de laisser à Monsieur B la possibilité d'agir sans impulsion particulière concernant les tâches d'intendance à fournir pour le foyer, durant le reste de la période d'action-observation (encore un mois à ce stade). Le risque étant très peu élevé en cas de non-atteinte de son objectif et il semble opportun d'encadrer ce type d'expérience afin d'en analyser ensuite les conséquences, avec le bénéficiaire, bien entendu.

La situation sera donc réévaluée au moment du bilan final. L'intervention se poursuit donc comme lors du premier cycle, avec comme idée de peser le pour et le contre des choix effectués par Monsieur B au moment du bilan final.

### 5.3.2 Bilan final :

#### 5.3.2.1 Première hypothèse :

**Indicateur principal** : Le fait d'avoir choisi, en accord avec le bénéficiaire, de renforcer l'autodétermination dans un domaine particulier amène des bénéfices identifiables pour la personne.

**Sous-indicateur 1** : La personne identifie les bénéfices de l'optique choisie par le chercheur.

Avant de commencer, il semble nécessaire de préciser que lors de l'entretien de bilan intermédiaire, le bénéficiaire n'a pas été en mesure de verbaliser clairement les apports de l'optique choisie. Ce sous indicateur n'était donc pas présent.

Il est donc intéressant de noter que lors du bilan final, un mois après le dernier bilan en date, cet indicateur est cette fois clairement présent :

*« C : Alors qu'est-ce que tu peux dire concernant mon intervention, par rapport à ta liberté de choisir, d'être acteur de ta vie ?*

*M.B : Ben c'est bien comme ça. Enfin c'est bien, c'est mieux quoi, par rapport à ce qu'il y avait avant. Je me sens mieux quoi. Ça a un peu changé depuis que je suis arrivé au début. Je trouve maintenant que, c'est mieux maintenant. Avant c'était un peu [pause] assez forcé. Parce que ça veut pas dire que parce que je veux pas venir une ou deux fois à des balades, au final je viendrais jamais ».*

Il est intéressant ici de s'interroger sur les raisons d'un tel changement. Nous voyons ici que le bénéficiaire est en mesure de clairement verbaliser les bienfaits qu'une optique de renforcement de l'autodétermination, de travail sur ses choix, a pu lui apporter : « C'est bien comme ça. Enfin c'est bien, c'est mieux quoi, par rapport à ce qu'il y avait avant. Je me sens mieux quoi. Ça a un peu changé depuis que je suis arrivé au début ». Premièrement, le bénéficiaire a le sentiment que quelque chose a changé par rapport à avant, qu'une autre forme de mouvement s'est mise en place. Ensuite, il arrive à verbaliser les apports de cette optique du point de vue de son ressenti (*Je me sens mieux quoi*), ce qui est un progrès considérable en termes de capacité d'expression et de conscientisation par rapport au bilan précédent. Et ce qui est encore plus frappant, c'est que le bénéficiaire est en mesure d'expliquer en quoi une optique travaillant sur ses choix est en contraste avec une approche dans laquelle la contrainte était davantage présente (*« Je trouve maintenant que, c'est mieux maintenant. Avant c'était un peu [pause] assez forcé. »*).

Le sous-indicateur 1 est donc présent, ce qui signifie que le fait d'avoir choisi, en accord avec le bénéficiaire, de renforcer l'autodétermination dans le domaine de la capacité à faire des choix amène des bénéfices identifiables pour la personne. Les raisons de la présence de ce sous-indicateur dans le bilan final (par rapport à son absence dans le bilan intermédiaire) ne sont pas connues. Nous pouvons émettre ici l'hypothèse que l'action conjointe du chercheur et du bénéficiaire en termes de liberté à faire des choix a eu un impact positif sur le bénéficiaire, puisqu'il le verbalise clairement. Il semble également que lors du bilan intermédiaire, le bénéficiaire ne comprenait pas réellement le concept, les enjeux d'un travail autour d'une liberté de choix. Ici, en revanche, il comprend facilement la question et y répond de manière concrète (il s'agit évidemment de la même question que lors du bilan intermédiaire).

**Sous-indicateur 2 :** La personne mentionne que l'action du chercheur sur le domaine *fonctionnement autonome* lui a permis de faire des choix bénéfiques pour lui.

Par rapport à ce sous-indicateur, l'action du chercheur a donc été de laisser la possibilité à Monsieur B. de trouver des stratégies par lui-même, sans l'aide d'autrui, pour entreprendre des activités à l'intérieur et/ou à l'extérieur du foyer. Afin d'évaluer la présence du sous-indicateur 2, le chercheur est revenu sur une des situations problématiques évoquées par Monsieur B. lors des bilans initial et intermédiaire : le fait de se rendre à l'extérieur.

« Chercheur : Parce que la gym c'est un loisir et que l'idée c'est que tu puisses choisir si tu t'y rends ou pas. Que tu y ailles si c'est important pour toi en gros. Si tu y vas ou pas, ça t'appartient. Donc par rapport à mercredi passé, par exemple, qu'est-ce que tu as choisi de faire, tu y es allé ou pas ?

M.B : J'y ai pas été, je me sentais pas bien [râclage de gorge] je me sentais pas trop d'aller, j'étais euh...[fort soupir]

C : Ok et qu'est-ce que tu penses de ton choix, de ta décision, dans cette situation ?

M.B : Ben je me sentais pas, j'étais à b.. donc [pause] ouais quoi, bien.

C : Tu me dis bien donc tu penses que c'est un bon choix. C'était le bon choix à faire ?

M.B : Euh... [fort soupir] sur le moment... euh... pfff... ouais ».

Nous constatons ici que le bénéficiaire pense que le choix qu'il a effectué est le bon, malgré le caractère hésitant de ses réponses, que l'on peut par ailleurs mettre en relation avec bon nombre de facteurs (stress, difficultés de formulation, etc). Dans ce cas, le bénéficiaire est en mesure d'exprimer sa préférence (le fait de ne pas se rendre à son activité) mais, cette fois-ci, il est dans une démarche de prise de décisions argumentée (de façon succincte, mais ceci est mis ici en relation avec les capacités d'élaboration relativement limitées du bénéficiaire) : « Ben je me sentais pas, j'étais à b.. donc [pause] ouais quoi, bien. ». Le bénéficiaire donne donc les raisons de son choix : il ne se sentait pas suffisamment bien pour sortir, il donc pris la décision de ne pas le faire, et le résultat est selon lui positif (éviter de souffrir). Une analyse plus poussée des conséquences est ensuite possible, suite aux questions ciblées du chercheur (les questions ouvertes n'ayant pas fonctionné) :

« C : La conséquence pour toi, est-ce que pour toi, le résultat il a été positif, ou négatif ?

M.B : Ben, positif.

C : D'accord et est-ce que tu as entrevu des conséquences négatives?

M.B : Euh...euh non... Pour le... euh non.

C : Et, plus en détail, tu arriverais à me dire ce que ça a généré de positif pour toi, de pas y aller ?

M.B : Ca m'a tranquilisé ».

Au vu de ce qui précède, nous constatons que Monsieur B analyse, de façon certes succincte, les conséquences de son choix, ce qui n'était pas possible lors du bilan intermédiaire. Monsieur B est donc, en quelques sortes, passé au niveau supérieur en termes de choix autodéterminé selon Guess, Benson, & Siegel-Causey (1985) : la prise de décision. Ceci signifie donc qu'il est en mesure d'aller au-delà de l'expression de ses préférences. Il est capable de choisir entre deux options, sans aucune influence externe, et sur sa propre impulsion, grâce à sa propre

motivation intrinsèque. Ceci est possible car il est en mesure d'analyser, certes de façon succincte, les conséquences de son choix pour lui, en l'occurrence se préserver d'une souffrance qui lui était insupportable au moment évoqué.

Les raisons de cette évolution rapide (un mois) ne sont pas connues. Nous pouvons toutefois supposer que l'action du chercheur, permettant un travail de conscientisation chez le bénéficiaire, ont permis à ce dernier une meilleure analyse de ses choix, indépendamment du fait qu'ils lui soient profitables sur le moment, ou sur le long terme. Cette dimension est fondamentale dans l'autodétermination car elle renforce la capacité à faire des choix conscients c'est-à-dire être en mesure de prendre en compte un nombre important de paramètres afin de faire un choix réfléchi.

Cette hypothèse est donc validée car les deux sous-indicateurs sont présents de manière univoque.

### 5.3.2.2 Seconde hypothèse :

**Indicateur principal :** La personne exprime qu'elle a ressenti un impact positif de l'action du chercheur sur sa capacité à prendre des décisions (en référence à la dimension *fonctionnement autonome*)

**Sous-indicateur 1 :** La personne mentionne l'impact de l'action du chercheur en termes de *fonctionnement autonome* lorsqu'elle évoque des situations dans lesquelles elle pense ne pas avoir suffisamment de liberté de choix.

Ce sous-indicateur n'est pas présent. Toutefois, lorsque l'entretien est orienté sur un domaine où davantage de liberté de choix a été accordé au bénéficiaire (plus de planning fixe pour les tâches d'intendance), qui a été un échec, il est en mesure d'en donner les raisons, capacité qu'il n'avait jamais montrée à ce sujet auparavant :

« C : D'accord, merci bien. En même temps on t'a donné plus de liberté à ce sujet et tu n'as finalement pas réussi à remplir la totalité du contrat, pourquoi à ton avis, quels sont les obstacles que tu as rencontrés pour y arriver ?

M.B : [longue pause] euh, je sais pas, euh. J'arrive pas à dire.

C : Il n'y a pas un élément qui te pose problème ? Finalement pourquoi tu viens pas nous dire, alors que la plupart du temps tu as fait. Qu'est-ce qui t'empêche de venir ?

M.B : Ben, euh, [pause] j'ai un peu, euh, un peu [pause] peur de pas faire assez bien.

C : Et c'est ça qui t'empêche de venir nous dire les fois où tu as fait ?

M.B : Euh, ben oui, enfin, euh, oui ».

Suite aux relances du chercheur et grâce à la liberté qui a été donnée au bénéficiaire, ce dernier a pu verbaliser la raison de ses difficultés : « j'ai un peu, euh, un peu [pause] peur de pas faire assez bien. ». Ce dernier élément ouvre la possibilité d'un travail plus précis sur les causes de l'échec et permet de centrer l'intervention sur un domaine précis, la réassurance. Il n'en reste pas moins que le sous-indicateur n'est pas présent.

**Sous-indicateur 2 :** La personne déclare que l'action du chercheur, conjointe avec son propre travail, lui ont permis de faire plus de choix.

Cet indicateur n'est pas présent

**Sous-indicateur 3 :** La personne a le sentiment que les choix qu'elle a effectués ont eu des conséquences positives pour elle-même.

Cet indicateur est présent, comme nous pouvons le voir ci-dessous, à l'évocation d'une situation où davantage de liberté de choix a été donnée au bénéficiaire, suite à sa demande exprimée lors du bilan initial :

« C : Donc maintenant, on va reprendre une situation qu'on a travaillée ensemble. Donc tu as eu plus de liberté par rapport aux sorties, là ces deux derniers mois [...]. Alors par rapport à la gym, quelle option est-ce que tu as pris ?



*M.B : Continuer, mais j'ai pas trop été depuis un moment.*

*C : Ok. Donc ton objectif c'est de poursuivre, mais ces derniers temps, tu as pas réussi à t'y rendre, c'est ça*

*M.B : Oui c'est ça.*

*C : Ok, qu'est-ce que tu penses de ta décision, par rapport à ça, qu'est-ce que tu penses de ce choix ?*

*M.B : J'étais moins bien, pis, ben, euh, voilà quoi.*

*C : Mais tu penses que c'était un choix profitable ou non pour toi de d'agir comme cela, ou plutôt pas ?*

*M.B : [soupon] positif, c'était positif ».*

Le bénéficiaire exprime clairement ici le sentiment que ses choix ont eu des conséquences positives, selon son appréciation. L'indicateur est donc présent.

Dans son ensemble l'hypothèse n'est pas validée car un seul des deux indicateurs est présent de façon claire.

### 5.3.2.3 Troisième hypothèse :

**Indicateur principal :** Le bénéficiaire se sent compétent en tant qu'acteur de sa vie, dans une ou plusieurs situations.

**Sous-indicateur 1 :** Le bénéficiaire se sent compétent dans le fait de faire des choix par lui-même, dans une ou plusieurs situations.

Ce sous-indicateur est présent :

*« C : D'accord, merci. Alors après, comment penses-tu te comporter mercredi prochain, enfin quand la gym reprendra, comment penses-tu que tu vas agir ?*

*M.B : Ben je vais décider si je, si je vais ou pas.*

*C : Ok.*

*M.B : J'espère aller.*

*C : Ok merci. Et comment penses-tu que ça va se passer, à ton avis quelle pourrait être l'issue ?*

*M.B : J'espère réussir, vraiment ».*

Il apparaît clairement ici que Monsieur B. se positionne facilement par rapport au fait de choisir, il semble à l'aise avec cette démarche (« ben je vais décider si je, si je vais ou pas »). Il espère une issue positive, mais semble douter de l'issue de ce processus : « j'espère aller ; j'espère réussir, vraiment. ». Il n'est pas facile de déterminer de manière univoque si l'indicateur est présent ici, mais il semble toutefois que Monsieur B. s'affirme davantage dans sa façon de formuler ses choix.

**Sous-indicateur 2 :** Le bénéficiaire exprime le sentiment d'avoir été mis en position de compétence par le chercheur lors de la durée de la recherche.

Cet indicateur n'est pas présent.

L'hypothèse ne pas être complètement validée, même si un sous-indicateur est présent.

### 5.3.2.4 Hypothèse d'action :

**Indicateur principal :** Le bénéficiaire est capable d'exprimer ses préférences et effectue des choix qui lui sont profitables dans des domaines définis.

**Sous-indicateur 1 :** Le bénéficiaire est capable d'exprimer ses préférences (s'il peut choisir).

Cet indicateur est présent :

*« C : D'accord, merci pour ta réponse. Et puis maintenant, est-ce que tu arriverais à me citer un ou plusieurs, euh, domaines, où tu aimerais, enfin tu voudrais pouvoir choisir plus ?*

*M.B : [longue pause] euh les balades, ouais les balades.*

C : D'accord. Donc t'aimerais avoir plus de liberté de choix ?

M.B : Oui exact. »

Monsieur B. exprime clairement ici le fait que, s'il peut choisir, il préfère ne pas se rendre à certaines promenades.

**Sous-indicateur 2** : le bénéficiaire croit au caractère efficient de ses choix :

Cet indicateur n'est pas clairement présent, même si le bénéficiaire arrive à donner une réponse :

« C : Si par exemple on disait, ben, je sais pas, ben écoute maintenant toutes les balades, toutes les promenades, ben c'est toi qui décide complètement si tu viens ou pas ? Ca changerait quoi pour toi ? Finalement ça serait quoi les conséquences ?

M.B : Je sais pas trop. Peut-être des fois je viendrais, d'autres pas.

C : Ok, merci. Et puis, qu'est-ce que ça pourrait être les obstacles qui font que tu viendrais pas (7)?

M.B : Si y a trop de circula [pause] ouais non pas de circulation, mais, euh, enfin je sais pas dire comme ça. »

Nous voyons en effet que Monsieur B hésite et dit même ne pas savoir quoi répondre, à deux reprises. Néanmoins, il arrive tout de même à formuler une réponse, même si son contenu est assez vague : *Peut-être des fois je viendrais, d'autres pas.*

**Sous-indicateur 3** : Le bénéficiaire est en mesure d'analyser ses choix lui et d'en comprendre les conséquences.

Le sous-indicateur 3 est présent à deux reprises. Les deux fois où il est apparu de façon saillante sont les suivantes :

« C : Ben tu me dis déjà la circulation, c'est très bien. Et si on se met dans la situation de tout à l'heure par exemple, où je te demande si tu viens ou tu viens pas boire un verre avec le reste du groupe et qu'au final tu me dis : « non je viens pas ». C'est quoi le ou les obstacles à ce moment-là ?

M.B : Je me sens [pause] ben je me sens pas trop pour cette promenade, pour cette, euh, ouais.

C : Donc ça veut dire que tu te sens comment ?

M.B : Ben je sais pas, angoissé, euh. »

A l'évocation d'une situation s'étant déroulée dans la journée (Monsieur B a eu le choix de venir ou non avec le reste du groupe boire un café, un entretien motivationnel ayant été réalisé afin de peser le pour et le contre de ses choix), Monsieur B arrive à verbaliser son état émotionnel « *ben je sais pas, angoissé, euh.* » et établit un lien causal avec son incapacité à se rendre à l'extérieur. Il analyse donc son choix en déclarant qu'à cause de son état émotionnel, il a préféré se protéger que de se confronter à l'extérieur.

Le sous-indicateur 3 est à nouveau présent plus loin :

C : Mais [par rapport à l'activité gym] tu penses que c'était un choix profitable ou non pour toi de d'agir comme cela, ou plutôt pas ?

M.B : [sourir] positif, c'était positif.

C : Et qu'est-ce qu'il y a de positif, dans ce choix ?

M.B : [sourir, longue pause], ben j'ai pu rester tranquille parce que je me sentais pas, euh, pas bien quoi

La dernière phrase de Monsieur B est très représentative de la présence du sous-indicateur 3 : *Et qu'est-ce qu'il y a de positif, dans ce choix ? M.B : j'ai pu rester tranquille parce que je me sentais pas bien.*

Monsieur B est donc en mesure d'analyser son choix, ce qui n'était pas le cas dans le bilan intermédiaire. Il en donne les avantages et en analyse les conséquences sur le court terme (se sentir mieux).

### 5.3.2.5 Evaluation

Ce qu'il faut relever dans un premier temps concernant Monsieur B est que, durant cette période de recherche, il semble avoir progressé significativement dans le domaine *fonctionnement autonome*, plus particulièrement dans les domaines de la *capacité à faire des choix et prise de décisions* (Wehmeyer, 1999). Nous pouvons effectivement constater que lors du bilan intermédiaire, les indicateurs sont quasiment absents, sauf dans l'hypothèse d'action, où il est visible que Monsieur B. est capable d'exprimer ses préférences, mais n'arrive pas à passer au niveau supérieur de décision autodéterminées selon le modèle de Guess, Benson, & Siegel-Causey (1985) c'est-à-dire *des choix en tant que processus de prise de décision ; le choix comme une expression de l'autonomie et de la dignité*.

Dans le bilan final en revanche, les indicateurs sont nettement plus présents, et ce par rapport à toutes les hypothèses (hypothèse 1 et hypothèse d'action pleinement validées ; un sous-indicateur sur deux concernant hypothèses 2 et 3). L'évolution semble donc très nettement positive, en termes de validation d'hypothèses.

Par rapport aux observations directes effectuées durant cette période, un certain nombre de points sont à relever. Premièrement, il est clair que Monsieur B a été en mesure d'exprimer ses préférences et même prendre des décisions, ce qui démontre qu'il se sent suffisamment outillé, et à l'aise dans la relation, pour le faire. La question se pose néanmoins, au-delà de l'auto-analyse menée par Monsieur B, de savoir si les choix qu'il a décidés de faire durant cette période lui ont été profitables en termes de bien-être et, par conséquent, s'il est opportun pour lui de les mener à nouveau. Pour rappel, Monsieur B a systématiquement choisi de ne pas prendre part aux activités et propositions thérapeutiques, ce qui d'un point de vue externe semble être un échec. En effet, Monsieur B n'a pas atteint son objectif qui était de rendre à ses activités externes car, sur le moment, il a systématiquement choisi l'évitement plutôt que la confrontation. Son état psychique ne s'est pas amélioré durant cette période, bien au contraire. Son degré d'anxiété a augmenté significativement, ses TOCS également et son degré de bien-être subjectif (lors des entretiens au sein de l'institution) était nettement inférieur que lorsqu'il était parfois contraint de se rendre à certaines activités.

La question du bénéfice d'une telle optique avec certains bénéficiaires, dans certains contextes, se pose également. Elle renvoie aussi aux limites de la présente optique. Est-ce vraiment un échec ? Le domaine a-t-il été correctement ciblé ? Pour répondre à la première question, il ne semble pas que ce processus fut un réel échec en termes de conscientisation pour Monsieur B sur le long terme, bien au contraire. En effet, peu après la fin de cette étude, la situation a été reprise avec Monsieur B, les résultats du processus lui ont été exposés (échec car n'a pas réussi à se mobiliser pour réaliser ce qu'il voulait) et une réflexion commune autour de la direction à mener pour la suite de son projet a été menée, avec le bénéficiaire ainsi que le reste de son réseau médico-social. Il semble donc que la présente recherche ait permis de mettre en avant un problème de manière nouvelle, ce qui a interpellé les professionnels et fait réagir le bénéficiaire.

Constatant l'échec du processus, ce dernier a en effet accepté de façon bien plus importante l'aide et le soutien proposé par le personnel accompagnant. Il semble que depuis le moment où il a réalisé les conséquences de ses choix, Monsieur B a été en mesure de comprendre que le domaine des activités internes et externes au foyer n'est pas un domaine dans lequel l'absence de stimulation externe lui est réellement profitable, probablement à cause de sa pathologie (versant dépressif). Ceci répond également à la seconde question posée plus haut : le domaine a-t-il été correctement ciblé (rappelons-le, en co-construction avec le bénéficiaire) ? Sur le plan de l'efficacité immédiate, non. En revanche par rapport à des bénéfices à long terme, la réponse est plus nuancée. En effet, le libre choix n'a pas permis à Monsieur B d'atteindre ses objectifs mais lui a amené un gain sur le long terme, principalement l'acceptation de certaines de ses limites. Le fait de savoir si le domaine a été correctement ciblé dépend plutôt de ce que l'on cherche à trouver, à mettre en mouvement.

Dans le cas présent, il semblait nécessaire pour Monsieur B de passer par une phase de recherche, de travail sur soi et de questionnement personnel, d'expérimentation encadrée, au cours de laquelle il a pu **expérimenter par lui-même ses propres solutions** (ce qui est fondamental pour renforcer l'autodétermination) **et décider ensuite, par lui-même, de la direction à emprunter**. C'est, à mon sens, le processus qui a permis à Monsieur B. d'en arriver à une meilleure alliance, une meilleure acceptation de l'aide externe nécessaire, et ce pour bon nombre d'activités de la vie quotidienne. Cette évolution est significative, surtout que plus d'un mois après la fin de la

période d'expérimentation, Monsieur B continue de montrer de bien meilleurs résultats en termes d'investissement personnel dans les tâches qu'il doit réaliser quotidiennement. La communication semble également moins tendue et il semble plus serein avec le fait de recevoir de l'aide dans ce domaine.

En résumé, le bilan de cette intervention est très positif concernant Monsieur B, même si certaines hypothèses (2 et 3) n'ont jamais pleinement pu être vérifiées. L'effet sur sa capacité à agir dans un contexte de vie donné (celui de l'institution) et sur son acceptation de la situation semblent grandement provenir du travail effectué sur l'autodétermination et la liberté de choix.

L'action du chercheur et du bénéficiaire ont donc eu des résultats non seulement tangibles, mais également positifs pour le bénéficiaire (du point de vue de l'auto et de l'hétéroévaluation), ce qui va très nettement au-delà des attentes de la présente recherche.

## 6 Conclusion

### 6.1 Synthèse :

Au début de ce processus de recherche et de réflexion, il a été nécessaire de clarifier les raisons d'une telle recherche, à savoir un besoin identifié chez les bénéficiaires, la nécessité de faire respecter des principes fondamentaux de droits international, ainsi qu'une possible nécessité d'informer le monde professionnel et institutionnel des stratégies concrètes qu'il est possible de mettre en action en termes d'autodétermination, notamment auprès des personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques.

Parmi les nombreux modèles existants dans le champ de l'autodétermination, le modèle de Wehmeyer (1999) a été retenu. Ce modèle met en avant quatre domaines (fonctionnement autonome, empowerment psychologique, auto observation et autoréalisation) dans lesquels les individus peuvent être plus ou moins autodéterminés. Si les personnes arrivent à agir de manière autodéterminée dans les quatre domaines susmentionnés (eux-mêmes divisés en nombreux sous-domaines), les personnes sont considérées comme pleinement autodéterminées. Ce modèle a l'avantage de nuancer considérablement l'analyse des situations, surtout pour ce qui est de l'intervention. En effet, auprès de personnes souffrant de troubles psychiques importants, parfois associés de troubles du comportement, il est délicat d'imaginer qu'un plein pouvoir puisse être donné dans toutes les dimensions de leurs vies, du moins à certains moments où un aspect sécuritaire nécessite de poser un cadre et des limites claires, comme semblent le proposer des conceptions comme celle de Le Bossé (2002).

L'avantage considérable de la conception présentée par Wehmeyer (1999) est qu'il est possible de travailler l'autodétermination dans un domaine particulier, tout en maintenant un cadre et des limitations en termes de choix dans d'autres domaines, lorsque cela s'impose vraiment, que soit pour des raisons de sécurité individuelle ou de bonne marche de la vie communautaire (à ce niveau, la dimension « fonctionnement autonome » semble potentiellement la plus problématique).

Voici donc les raisons pour lesquelles les domaines *empowerment psychologique* et *fonctionnement autonome* ont été ciblés, à chaque fois en fonction des souhaits et besoins identifiés par le bénéficiaire dans un premier temps, ainsi que par le chercheur et l'équipe dans un second temps. Les résultats de l'intervention et de la méthode choisie (la recherche action) sont globalement très positifs car ils mettent en avant le fait qu'une intervention autour du renforcement de l'autodétermination en institution est non seulement possible, mais également souhaitable, en l'occurrence dans le domaine des troubles psychiques.

### 6.2 Limites

Nous pouvons citer, en termes de limites, le fait que l'application du modèle de Wehmeyer (1999) au travers d'une telle recherche-action est compliquée et parfois fastidieuse, au vu de la complexité du modèle et du nombre d'éléments à observer dans une recherche-action. Il n'est par ailleurs pas certain que tous les paramètres de la recherche-action, en termes d'analyse du cycle présentée dans modèle de Mc Kernan (1988) aient été pleinement complétés.

Une autre limite qu'il semble nécessaire de mettre en avant est le nombre limité de participants. En effet, le fait de réaliser des observations sur deux sujets est un échantillon très limité. Il est en effet possible de déceler bon nombre d'éléments et de mettre en avant un nombre considérable d'observations pertinentes, mais il reste tout de même qu'en termes de généralisation des résultats, il est difficile d'imaginer que deux sujets puissent être réellement représentatifs de l'ensemble d'une population. Je reste toutefois persuadé que ce type de recherche, et surtout d'optique, pourrait apporter des résultats similaires dans d'autres situations, moyennant bien évidemment que les domaines soient correctement ciblés, en fonction des individus. Ce type de conception devrait être applicable dans plusieurs institutions qui proposent un accompagnement individualisé et mettent en place des projets d'accompagnement individualisés, inspirés de modèles théoriques tels que celui du PPH.

Pour ce qui est des difficultés rencontrées durant la période de recherche, je citerai notamment le fait qu'il n'est pas aisé de savoir jusqu'où il est possible d'aller en termes de prise de risque, lorsque nous accompagnons des individus dans une optique de développement de l'autodétermination. En effet, si on laisse un individu libre de ses propres choix (en travaillant par exemple sur la dimension « fonctionnement autonome » du modèle de Wehmeyer), il est possible que cet individu fasse des choix qui laissent davantage de place à ses symptômes et que ceci engendre, momentanément ou non, une forme de régression sur le plan de l'état psychique et/ou de diverses capacités. Dans le cas de Monsieur B, par exemple, s'il est libre de choisir, nous avons pu constater qu'il décidera presque systématiquement de ne pas se rendre à l'extérieur. La question de savoir dans quelle mesure une forme de régression est nécessaire, et également, voire surtout, jusqu'où la régression d'un individu est acceptable du point de vue de la responsabilité d'une institution, est donc soulevée ici, sans réellement pouvoir y apporter de réponse.

En effet, dans le cas de Monsieur B, de nombreux résultats positifs ont pu être observés en termes d'alliance autour de la liberté qui lui a été accordée de faire ses propres choix. Toutefois, force est de constater que ce bénéficiaire choisit plus facilement l'évitement que la confrontation aux éléments du réel qui lui posent problème. Et, dans cette optique, il semble que plus le bénéficiaire évite les stresseurs, plus son anxiété augmente. Par conséquent, il devient de moins en moins capable de se confronter à ce qui lui fait peur, à savoir, se rendre à l'extérieur (voire même parfois regarder à l'extérieur). Cette situation est bien évidemment source de handicap par rapport à bon nombre de situations de la vie quotidienne et le bénéficiaire m'a parfois exprimé sa souffrance quant au fait de ne pas être en mesure de se rendre à l'extérieur de son lieu de vie sans en souffrir.

Il n'est pas possible à l'heure actuelle de savoir si la progression de la maladie de Monsieur B était pour ainsi dire inévitable, ou si le fait qu'il ait été libre de fuir les stresseurs environnementaux, dans une optique de libre choix, ait contribué à renforcer sa maladie. Nous pourrions en effet faire l'hypothèse que s'il avait été davantage contraint de se confronter aux éléments du réel qui lui sont problématiques, sa maladie aurait pris moins de place, dans la mesure où il aurait été en mesure de surmonter ses peurs, à force de les dépasser.

Force est de constater qu'il y a environ dix ans, au moment de son arrivée au foyer, Monsieur B. était davantage en mesure de sortir : il allait acheter du pain ou se rendait à la pharmacie chaque semaine, chose qu'il n'est absolument plus en mesure de faire actuellement. Cette régression (sur le plan de la capacité à se rendre à l'extérieur) a par ailleurs souvent été mise en avant au sein de l'équipe du foyer où a été menée la présente recherche. En effet, selon certains membres de l'équipe, il incombe à l'institution, et donc aux équipes éducatives, de faire en sorte que certaines personnes ne perdent pas de capacités, en les stimulant, c'est-à-dire en essayant de les motiver afin qu'elles se mobilisent pour diverses activités. Or, il semble que ce type de vision est difficilement conciliable avec une optique de responsabilisation individuelle, selon laquelle les individus devraient pouvoir expérimenter leurs propres solutions, quitte à parfois perdre certaines compétences (relationnelles, motrices, confrontations à des situations stressantes), momentanément ou non, si tel est leur choix et leur besoin.

Une autre difficulté rencontrée dans l'élaboration de cette recherche et surtout par rapport au fait de laisser la personne libre de faire ses propres choix est la pression de l'entourage, principalement familial. J'ai en effet maintes fois été sollicité par la famille de Monsieur B, selon laquelle ce dernier ne sortait pas assez. Il m'a même été dit que nous devons davantage le faire sortir. Face à de telles attentes, il m'a été nécessaire d'expliquer de la manière la plus précise et compréhensible possible, l'optique dans laquelle nous travaillons avec Monsieur B. (renforcement de l'autodétermination et capacité à faire des choix qui lui soient profitables sur le long terme).

Toutefois, je suis forcé de reconnaître que cette optique n'a pas toujours été bien comprise par la famille et que les attentes de cette dernière ont parfois conditionné ma façon d'agir dans la présente situation. En effet, j'ai peut-être

été davantage réticent à accepter les choix faits par Monsieur B, car je redoutais en quelque sorte les remarques qui pourraient m'être faites par la famille, ou éventuellement le réseau médico-social.

En effet, la régression (sur le plan de la capacité à se rendre à l'extérieur, se confronter aux stressors, ainsi que sur le plan de l'état psychique général) a été mise en avant par le psychiatre de Monsieur B comme quelque chose à corriger, lors d'une période (antérieure à la recherche) durant laquelle j'avais laissé Monsieur B libre de choisir s'il se rendait à son activité professionnelle ou non, afin que ce dernier y trouve un sens. Cette pression du résultat (quant au fait d'éviter une régression) est donc présente à plusieurs niveaux et contraint l'éducateur social dans sa possibilité de laisser les bénéficiaires expérimenter leurs solutions, quitte à subir des conséquences négatives momentanément. Mais, à mon sens, ce qu'il faut surtout remarquer ici, c'est que finalement Monsieur B. a décidé **par lui-même** de se rendre à cette activité, car il avait expérimenté **par lui-même** que s'il ne s'y rendait pas, son état se péjorait sur le plan psychique).

Le fait que les résidents vivent en communauté a également constitué une limite à la présente recherche, car certains choix en termes de fonctionnement autonome n'étaient pas compatibles avec le bien être commun et la bonne marche de la vie de groupe. Par exemple, si on le laissait libre d'agir comme il le voulait, Monsieur B fermait systématiquement tous les stores des lieux communs, ce qui n'est pas envisageable d'un point de vue de la bonne marche de la vie communautaire. La question de la liberté individuelle et de la nécessité de poser des contraintes afin de vivre en commun se pose donc ici, sans pouvoir y trouver de réponse. Il semble donc que la conception par domaines de Wehmeyer (1999) puisse en partie apporter une solution au problème, en renforçant l'autodétermination chez les bénéficiaires de manière plus soutenue dans certains domaines, par rapport à d'autres.

Une autre difficulté à relever est le fait qu'il a été très compliqué de trouver des moments où les bénéficiaires étaient disposés à répondre à des questions. Il faut également relever le fait que l'adaptation des concepts, et du questionnaire, au niveau de compréhension présumé des bénéficiaires ne fût de loin pas chose aisée. Le fait que les concepts théoriques soient passablement complexes a rendu parfois fastidieux la création de questions ouvertes compréhensibles, et permettant simultanément d'évaluer les dimensions souhaitées dans le cadre de ce processus de recherche-action.

### 6.3 Opportunités :

Comme cité précédemment, l'application du modèle de Wehmeyer (1999) est possible dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques. La recherche-action est également une méthode qui a porté ses fruits et il semble que les modèles d'accompagnement (type projets d'accompagnement individualisés) auraient grandement avantage à s'inspirer du genre de cycle utilisés par les modèles de recherche action (comme celui développé dans le présent travail, par exemple). Le fait de pouvoir réévaluer son action et constamment l'adapter en fonction des résultats obtenus est une réelle plus-value par rapport à d'autres méthodes d'intervention.

Il semble que ce travail pourrait ouvrir la voie vers d'autres recherches-action de ce type, notamment à plus grande échelle, afin de parvenir à une meilleure généralisation des résultats. Une des conclusions que nous pouvons tirer est que des formations pourraient également être dispensées dans le domaine de l'autodétermination dans les institutions. En effet, vu qu'il semble possible de travailler sur le renforcement de l'autodétermination, les modalités devraient pouvoir s'appliquer à tous les bénéficiaires et, afin de permettre cela, il faudrait que l'ensemble des professionnels soient plus informés sur le sujet et sur les possibilités de mettre en action de tels concepts théoriques.

Des formations pourraient également être dispensées aux familles des bénéficiaires afin de permettre une meilleure compréhension du concept d'autodétermination ainsi que la nécessité de respecter ce droit chez leurs proches (que ce soit par l'institution qui les héberge ou de la part des proches-aidants eux-mêmes). Un accompagnement des familles pourrait également être mis en place, dans le but de leur faire comprendre le processus par lequel passent leurs proches lorsqu'ils sont accompagnés dans une optique de responsabilisation et renforcement de l'autodétermination.

Un message plus général serait probablement à transmettre à la population Suisse (et mondiale) sur la nécessité de respecter l'autodétermination des personnes en situation de handicap, psychique ou autre. Il pourrait s'agir de prévention primaire, sous forme de campagnes d'information ou d'événements, ou de prévention plus ciblée (secondaire et tertiaire) pour des personnes souffrant de handicap divers, ou leurs proches.

Il semble également que des formations sur l'autodétermination, et les stratégies à mettre en place par les professionnels pour renforcer cette capacité chez les bénéficiaires, pourraient être mises en place à l'interne des institutions (formations continues par exemple). Le concept d'autodétermination est peut-être encore méconnu de nos jours, ou trop souvent mal compris. Il semble donc nécessaire, voire primordial, qu'une prise de conscience (ou du moins une réflexion) se mette en place au sein des institutions sociales et médicales, des équipes éducatives ou soignantes, des proches aidants, et bien évidemment, chez les bénéficiaires eux-mêmes.

Il est donc bel et bien possible de respecter les principes fondamentaux de l'autodétermination dans des institutions accompagnant des personnes souffrant de troubles psychiques et ce même si ces dernières, de par leurs parcours, souffrances et limitations, sont parfois dans l'incapacité de faire des choix conscients dans tous les domaines de leur existence (du moins à certains moments, et même si ces personnes sont en état de discernement sur le plan légal). Ceci ne les empêche pas, en résumé, d'être pleinement acteurs de leur vie et de sortir, enfin, de la posture de spectateurs à laquelle ils ont si souvent été cantonnés par le passé.

## 7 Bibliographie

- Adelman, H., Lusk, R., Alvarez, V., & Acosta, N. (1985). Competence of minors to understand, evaluate and communicate about their psychoeducational problems. *Prof. Psychol. Res. Pract.*(16), 426-434.
- Agran, M., & Martin, J. (1987). Applying a technology of self-control in community environments for individuals who are mentally retarded. Dans M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller, *Progress in Behavior Modification* (pp. 108-151). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1989, mai-juin). Participatory Action Research and Action Science Compared. *American Behavioral Scientist*, 32(5), pp. 612-623.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*(84), pp. 191-215.
- Baron, J., & Brown, R. V. (1991). *Teaching Decision-Making to Adolescents*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baumgartner, E. (2013). *Quelle autodétermination pour les personnes en situation de handicap en institution ?* Sierre: HES-SO.
- Beyth-Marom, R., Fishoff, B., Jacobs Quadrel, M., & Furby, L. (1991). Teaching decision-making to adolescents: A critical review. Dans J. Baron, & R. V. Brown, *Teaching Decision-Making to Adolescents*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deci, E. L., & Chandler, C. L. (1986). The importance of motivation for the future of LD field. *J. Learn. Disabil.*(19), 587-594.
- Deslauriers, J.-P. (2007). *Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir personnel et collectif*. Québec: Centre d'études et de recherches en intervention sociale.
- D'Zurilla, T., & Goldfried, M. (1971). Problem-solving and behavior modification. *J. Abnorm. Psychol.*(78), 107-126.
- Giroux, A. (2015). De l'impuissance à l'espoir. Devenir acteurs de notre pouvoir d'agir. Québec, Canada. Récupéré sur [http://parkinsonquebec.ca/wpcontent/uploads/2015/07/De-limpuissance-a-lespoir\\_Alain-Giroux.pdf](http://parkinsonquebec.ca/wpcontent/uploads/2015/07/De-limpuissance-a-lespoir_Alain-Giroux.pdf)
- Guess, D., Benson, H. A., & Siegel-Causey, E. (1985). Concepts and Issues related to choice-making and autonomy among persons with severe disabilities. *J. Assoc. Pers. Sev. Hand.*, 10, pp. 79-86.
- Halloran, W. D. (1993). Transition services requirement: Issues, implications, challenge. . *J. Assoc. Pers. Serv. Hand.* , 210-224.
- Jouison-Lafitte, E. (2009). La recherche-action: oubliée de la recherche dans le domaine de l'entrepreneuriat. *Revue de l'entrepreneuriat*, 8(1), pp. 1-35.
- Lavoie, L., Maquis, D., & Laurin, P. (1996). *La Recherche-Action: théorie et pratique. Manuel d'autoformation*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Le Bossé, Y. (2002). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir. Aperçu de ses fondements et de son application. *Canadian Journal of Counselling*.
- Neville, B. (2007). Rogers, Whitehead et l'univers en évolution. *Approche Centrée sur la Personne: Pratique et Recherche*, pp. 5-26.
- Ninacs, W. (1995). Empowerment et service social: approches et enjeux. *Service social*, pp. 69-93.
- Philips, P. (1990). A self-advocacy plan for high school students with learning disabilities: A comparative case study analysis of students', teachers', and parents' perception of program effects. *J. Learn. Dis.*(23), 466-471.
- Poisson, Y. (1990). *La recherche qualitative en éducation*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.



- Salend, S. J. (1983). Self-assessment: A model for involving students in the formulation of their IEPs. *J. School Psychol.*(21), 65-70.
- Shevin, M., & Klein, N. K. (1984). The importance of choice-making skills for students with severe disabilities. *J. Assoc. Pers. Sev. Hand.*, 9, pp. 159-166.
- Sigafoos, A., Feinstein, C. B., Damond, M., & Reiss, D. (1988). The measurement of behavioral autonomy in adolescence : The Autonomous Functioning Checklist. (C. B. Feinstein, A. Esman, J. Looney, G. Orvin, J. Schimel, A. Schwartzberg, . . . M. Sugar, Éds.) *Adolescent Psychiatry*, 15, pp. 432-462.
- Soguel, I. (2015). Le développement du pouvoir d'agir », une proposition pour transformer le monde au quotidien, ensemble . *Dé-chiffrer le travail social - Et si on valorisait le sens et les espaces d'action* (p. 9). Lausanne: ARTIAS.
- Soguel, I. (2015). Le développement du pouvoir d'agir, une proposition pour travailler ensemble. *Dé-chiffrer le travail social: actes de la journée d'automne 2015: et si on valorisait le sens et les espaces d'action* (p. 9). Lausanne: ARTIAS.
- Taylor, L., Adelman, H. S., & Kaser-Boyd, N. (1983). Perspectives of children regarding their in psychoeducational decisions. *Prof. Psychol. Res. Pract.*(14), 882-894.
- Turnbull, A., & Turnbull, H. (1985). Developing independence. *J. Adol. Health. Care*(6), 108-119.
- Wehmeyer, M. (1999). A Functionnal Model of Self-Determination: Describing Development and Implementing Instruction. *Focus on Autism and other developmental disabilities*, 14(1), pp. 53-61.
- Wehmeyer, M. (2005). Self Determination and Individuals with Severe Disabilities: Re-examining Meanings and Misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(3), pp. 113-120.
- Wheeler, D. (1991). Metaphors for effective thinking. Dans J. Baron, & R. Brown, *Teaching Decision Making To Adolescents* (pp. 309-327). Hillsdale: Erlbaum.
- Whitman, T.-L. (1990). Self-Regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*(94), pp. 347-362.

## 8 Annexes

### 8.1 Convention relative au droit des personnes handicapées (CDPH) ONU, 2014

Droits des personnes handicapées. Conv. RO 2014

#### **Art. 1** Objet

La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque. Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

#### **Art. 2** Définitions

Aux fins de la présente Convention: on entend par «communication», entre autres, les langues, l'affichage de texte, le braille, la communication tactile, les gros caractères, les supports multimédias accessibles ainsi que les modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative à base de supports écrits, supports audio, langue simplifiée et lecteur humain,

y compris les technologies de l'information et de la communication accessibles; on entend par «langue», entre autres, les langues parlées et les langues des signes et autres formes de langue non parlée; on entend par «discrimination fondée sur le handicap» toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres.

La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable; on entend par «aménagement raisonnable» les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales; on entend par «conception universelle» la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale. La «conception universelle» n'exclut pas les appareils et accessoires fonctionnels pour des catégories particulières de personnes handicapées là où ils sont nécessaires.

#### **Art. 3** Principes généraux

Les principes de la présente Convention sont:

- a) le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes;
- b) la non-discrimination;

Droits des personnes handicapées. Conv. RO 2014

- c) la participation et l'intégration pleines et effectives à la société;
- d) le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité;
- e) l'égalité des chances;
- f) l'accessibilité;
- g) l'égalité entre les hommes et les femmes;
- h) le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

#### **Art. 4** Obligations générales

1. Les Etats Parties s'engagent à garantir et à promouvoir le plein exercice de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap. A cette fin, ils s'engagent à:

- a) adopter toutes mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou autre pour mettre en oeuvre les droits reconnus dans la présente Convention;
- b) prendre toutes mesures appropriées, y compris des mesures législatives, pour modifier, abroger ou abolir les lois, règlements, coutumes et pratiques qui sont source de discrimination envers les personnes handicapées;
- c) prendre en compte la protection et la promotion des droits de l'homme des personnes handicapées dans toutes les politiques et dans tous les programmes;
- d) s'abstenir de tout acte et de toute pratique incompatible avec la présente

Convention et veiller à ce que les pouvoirs publics et les institutions agissent conformément à la présente Convention;

- e) prendre toutes mesures appropriées pour éliminer la discrimination fondée sur le handicap pratiquée par toute personne, organisation ou entreprise privée;
- f) entreprendre ou encourager la recherche et le développement de biens, services, équipements et installations de conception universelle, selon la définition qui en est donnée à l'art. 2 de la présente Convention, qui devraient nécessiter le minimum possible d'adaptation et de frais pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées, encourager l'offre et l'utilisation de ces biens, services, équipements et installations et encourager l'incorporation de la conception universelle dans le développement des normes et directives;
- g) entreprendre ou encourager la recherche et le développement et encourager l'offre et l'utilisation de nouvelles technologies – y compris les technologies de l'information et de la communication, les aides à la mobilité, les appareils et accessoires et les technologies d'assistance – qui soient adaptées aux personnes handicapées, en privilégiant les technologies d'un coût abordable;

Droits des personnes handicapées. Conv. RO 2014

1124

- h) fournir aux personnes handicapées des informations accessibles concernant les aides à la mobilité, les appareils et accessoires et les technologies d'assistance, y compris les nouvelles technologies, ainsi que les autres formes d'assistance, services d'accompagnement et équipements;
- i) encourager la formation aux droits reconnus dans la présente Convention des professionnels et personnels qui travaillent avec des personnes handicapées, de façon à améliorer la prestation des aides et services garantis par ces droits.

2. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, chaque Etat Partie s'engage à agir, au maximum des ressources dont il dispose et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale, en vue d'assurer progressivement le plein exercice de ces droits, sans préjudice des obligations énoncées dans la présente Convention qui sont d'application immédiate en vertu du droit international.

3. Dans l'élaboration et la mise en oeuvre des lois et des politiques adoptées aux fins de l'application de la présente Convention, ainsi que dans l'adoption de toute décision sur des questions relatives aux personnes handicapées, les Etats Parties consultent étroitement et font activement participer ces personnes, y compris les enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent.

4. Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus favorables à l'exercice des droits des personnes handicapées qui peuvent figurer dans la législation d'un Etat Partie ou dans le droit international en vigueur pour cet Etat. Il ne peut être admis aucune restriction ou dérogation aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales reconnus ou en vigueur dans un Etat Partie à la présente Convention en vertu de lois, de conventions, de règlements ou de coutumes, sous prétexte que la présente Convention ne reconnaît pas ces droits et libertés ou les reconnaît à un moindre degré.

5. Les dispositions de la présente Convention s'appliquent, sans limitation ni exception aucune, à toutes les unités constitutives des Etats fédératifs.

#### **Art. 5 Egalité et non-discrimination**

1. Les Etats Parties reconnaissent que toutes les personnes sont égales devant la loi et en vertu de celle-ci et ont droit sans discrimination à l'égale protection et à l'égal bénéfice de la loi.

2. Les Etats Parties interdisent toutes les discriminations fondées sur le handicap et garantissent aux personnes handicapées une égale et effective protection juridique contre toute discrimination, quel qu'en soit le fondement.

3. Afin de promouvoir l'égalité et d'éliminer la discrimination, les Etats Parties prennent toutes les mesures appropriées pour faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés.

4. Les mesures spécifiques qui sont nécessaires pour accélérer ou assurer l'égalité de facto des personnes handicapées ne constituent pas une discrimination au sens de la présente Convention.

## **8.2 Concept du Service Hébergement (Fondation Emera)**

### **1 Mission**

Le Service Hébergement accueille des personnes en situation de handicap suite à des troubles psychiques. Il offre un accompagnement professionnel en lieu de vie institutionnel ou privé, visant la réalisation des habitudes de vie et la participation sociale.

### **2 Mandat et financement**

En tant que secteur d'activité de la Fondation Emera subventionné par l'Etat du Valais, les prestations à fournir sont définies dans le « Mandat de prestations entre le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture et la Fondation Emera pour les secteurs hébergement et occupation ». Il porte sur l'exploitation de structures d'hébergement ainsi que sur l'organisation de mesures de soutien socio-éducatif au domicile privé de personnes en situation de handicap. Des objectifs quantitatifs annuels sont fixés.

Le financement est assuré par le prix de pension facturé aux bénéficiaires des prestations et la subvention cantonale aux frais d'exploitation fixée par mandat de prestations.

### 3 Clientèle et public-cible

Les prestations du Service Hébergement s'adressent à des personnes adultes (dès 18 ans) souffrant de pathologies psychiques, avec une invalidité reconnue par l'AI et domiciliées dans le canton du Valais.

Le placement est décidé par le Service de l'action sociale, sur appréciation du Centre d'Indication et de Suivi (CIS), qui se prononce sur la base d'une évaluation individuelle conduite par le Service Social Handicap (SSH) de la Fondation Emera.

Des personnes souffrant de pathologies psychiques mais n'ayant pas encore fait l'objet d'une décision quant aux prestations accordées par l'AI malgré une incapacité de gain de longue durée attestée par le corps médical, ainsi que des personnes ayant atteint l'âge AVS peuvent également prétendre aux prestations du Service Hébergement.

Les personnes domiciliées dans un autre canton peuvent être admises avec l'autorisation de l'Office de coordination des institutions sociales.

Les personnes présentant de graves problèmes de toxicodépendance, des comportements susceptibles de perturber le fonctionnement du lieu d'hébergement ou présentant un risque pour les résident-e-s ou leur environnement ne peuvent être admises dans les structures du Service Hébergement.

Les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle, physique ou sensorielle nécessitant des prestations de soins spécifiques importantes qui ne peuvent être fournies par la structure ne peuvent pas non plus être admises au sein du Service Hébergement.

### 4 Objectifs

Les objectifs de l'accompagnement proposés par le Service Hébergement sont :

- offrir à la personne concernée un accompagnement individualisé, visant à favoriser la réalisation de ses habitudes de vie et de son projet de vie

- favoriser la participation sociale des personnes accueillies, ainsi que le maintien de leur autonomie
- maintenir les acquis et développer les compétences personnelles, cognitives et relationnelles ainsi que les ressources propres à la personne
- travailler avec la personne à la compréhension de sa maladie et son impact sur les compétences propres

En fonction du projet individuel de la personne, l'accompagnement se fait dans une structure d'accueil (home/foyer/appartement protégé) ou à son domicile privé.

## 5 Prestations

### 5.1 Type de prestations et de soutien

Le Service Hébergement offre des prestations d'hébergement sous forme de home, de foyers, ou d'appartements protégés dans les villes de Monthey, Martigny, Sion et Sierre, ainsi que des prestations de soutien socio-éducatif au domicile privé sur l'ensemble du Valais romand.

La répartition de l'offre de prestations sur l'ensemble du territoire du Valais romand vise à permettre autant que possible aux personnes de vivre dans leur région de domicile et proche de leur réseau social et familial.

Dans le respect de la personne concernée et de son autodétermination, un projet d'accompagnement individualisé est élaboré avec la personne accompagnée, en partenariat avec ses proches et les membres de son réseau médico-social.

En fonction des besoins des personnes, des interventions de type orientation, compensation ou adaptation sont mises en oeuvre par le biais d'objectifs individualisés.

- La prestation d'orientation consiste à évaluer les difficultés, les besoins et les ressources de la personne en situation de handicap et vise à déterminer la direction et les mesures à prendre pour permettre la réalisation de ses habitudes de vie
- Les prestations de compensation permettent à la personne la réalisation de certaines habitudes de vie ou la mise en oeuvre de compétences grâce au soutien et à l'aide de tiers
- Les prestations d'adaptation visent à permettre à la personne de maintenir, recouvrer, acquérir ou développer des compétences et à favoriser la réalisation de certaines habitudes de vie de manière autonome

L'accompagnement offert au quotidien se concrétise par les domaines principaux suivants :

- Soutien socio-éducatif : organiser et gérer les événements de la vie quotidienne ; favoriser la capacité de la personne à prendre des décisions et des initiatives ; accompagner le processus d'adaptation à la maladie psychique ainsi que la réalisation des besoins individuels

- Soutien psychoaffectif : offrir un espace de parole et d'écoute adapté pour faire face aux difficultés personnelles ; rassurer et valoriser la personne afin qu'elle puisse mieux reconnaître et utiliser ses ressources personnelles

- Santé et soins personnels : veiller à l'état de santé et à la réalisation des besoins fondamentaux de la personne ; gérer les traitements médicamenteux
- Participation sociale : gérer la vie en communauté ; promouvoir le réseau social ; favoriser l'accès aux loisirs, au travail, à la vie de la cité ; éviter l'isolement et la solitude
- Qualité du lieu de vie : garantir la sécurité ; veiller au confort du cadre de vie

## **5.2 Méthodologie**

### **Concept d'accompagnement et outils**

Le Service Hébergement développe ses prestations autour du concept d'accompagnement et de soutien. Il tient compte en cela du fait qu'il accueille et travaille avec des adultes qu'il ne s'agit pas d'éduquer mais de guider, orienter, soutenir dans la réalisation de leurs habitudes de vie et leur participation sociale et communautaire, en tenant compte de leur situation personnelle et de leur contexte environnemental (familial, relationnel, médical et social).

Les outils méthodologiques du Service Hébergement découlent de la méthodologie d'intervention en éducation sociale et des modèles systémiques, en particulier le Processus de production du Handicap (PPH). Ils trouvent leur application dans la réalisation d'un projet d'accompagnement individualisé (PAI).

### **Approches globales**

Le Service Hébergement porte une attention particulière au développement et renforcement du bien-être physique, mental et affectif des résident-e-s. Pour ce faire, il encourage la participation sociale des résident-e-s et soutient les initiatives favorables dans les domaines des approches corporelles, de la vie affective et sexuelle et des loisirs.

### **Référent-e-s**

Chaque résident-e bénéficie d'un-e accompagnant-e référent-e. Ce dernier répond de l'accompagnement auprès des partenaires internes et externes. Il-elle tient à jour le dossier administratif du-de la résident-e, élabore le projet d'accompagnement individualisé et coordonne les contacts avec les partenaires du réseau médico-social.

### **Colloque des résident-e-s**

Dans le but d'offrir un espace d'expression, d'échange et de communication au sein du groupe de résident-e-s, ces derniers sont réunis au minimum deux fois par mois en séances appelées « colloque résident », pour parler des questions d'organisation liées à la structure (choix des menus, activités de loisirs, organisation de la semaine, ...).

Un deuxième type de séance appelé « groupe de parole » se tient également au minimum deux fois par mois. Ce deuxième type de séance vise le développement affectif et social des résident-e-s ; il y est question du comment vivre ensemble, de la résolution des problèmes sociaux rencontrés, des conflits au sein du foyer. Ces séances ne sont pas des séances de thérapie.



**5.3 Mesures**

Les prestations du Service Hébergement sont mesurées régulièrement par des méthodes quantitatives (indicateurs) et qualitatives (enquête de satisfaction, bilans d'accompagnement,

## 6 Relations et Partenariats

Les accompagnant-e-s travaillent en étroite collaboration avec les partenaires professionnels, les proches et toute personne en lien avec le-la résident-e (ou bénéficiaire d'un soutien au domicile privé). Il-elle-s informent régulièrement les partenaires sur le bien-fondé du placement et l'évolution de la situation, et coordonnent leurs interventions avec les personnes ou associations significatives pour le-la résident-e (médecins, proches, autorités de protection, maîtres d'atelier, assistants sociaux, AVEP, Synapse Espoir, Offices régionaux AI, ...).

Le-la résident-e et les accompagnant-e-s participent régulièrement aux séances du réseau médico-social, qui ont pour but de procéder à l'orientation générale de l'accompagnement avec tous les membres du réseau et d'élaborer, évaluer, réadapter le projet d'accompagnement. Une séance de bilan se tient au minimum une fois par année à cette fin avec les membres du réseau.

En raison du recours fréquent des résident-e-s aux prestations de l'hôpital de Malévoz ou des Centres de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie (CCPP), le Département de Psychiatrie et Psychothérapie du Centre Hospitalier du Valais Romand est un partenaire privilégié du Service Hébergement. Pour les mêmes raisons, les accompagnant-e-s entretiennent des relations importantes avec les différents médecins privés (psychiatres, généralistes...).

Le personnel collabore activement au plan de soins établi par le médecin psychiatre traitant et les autres médecins traitants. Sauf exception exigée par la situation, le traitement ainsi que les séances de réseau se déroulent à l'extérieur de la structure, ceci afin de différencier le lieu de vie et le lieu de soins.

Les traitements spécifiques comme les injections sont en principe dispensés par du personnel externe qualifié, dans les locaux de celui-ci, à moins que le personnel de la structure possède les compétences et la formation nécessaire.

La gestion du traitement médicamenteux se fait au sein de la structure d'accueil, sous réserve des traitements très spécifiques nécessitant un contrôle médical ou socio-sanitaire strict, comme la distribution contrôlée de produits stupéfiants (méthadone par exemple).

## 7 Organisation

### 7.1 Structures

En fonction du projet de vie de la personne, l'accompagnement se fait dans une structure d'accueil et d'hébergement ou au domicile privé de la personne.

L'hébergement dans une structure d'accueil ou le soutien à domicile peuvent être de courte durée – le temps pour un-e résident-e de reconstruire un projet de vie ou de traverser une épreuve. Il peut durer plusieurs années pour les personnes qui trouvent, dans les structures d'accueil ou l'accompagnement à domicile, une réponse à long terme aux difficultés causées par leur maladie.

Les structures d'accueil de la Fondation Emera se trouvent au coeur des cités valaisannes, en milieu urbain. Il s'agit de lieux de vie adaptés, situés proche des commerces, des transports publics et des infrastructures, ce qui favorise l'inclusion, l'intégration sociale et la participation communautaire des personnes souffrant de troubles psychiques ainsi que le développement de leur autonomie.

Les locaux et leur environnement sont conçus et choisis pour renforcer le bien-être des personnes. Ils offrent des espaces communautaires (salon, salle à manger, cuisine) ainsi que des locaux sanitaires en suffisance. Chaque résident-e dispose d'une chambre individuelle meublée. Toutes les structures sont adaptées pour les personnes à mobilité réduite.

**Home** : Le Home la Tour à Sion est composé d'unités de vie de huit résident-e-s et accueille des personnes nécessitant un soutien important dans les actes de la vie quotidienne. Une unité de vie est plus spécifiquement destinée à l'accueil et l'accompagnement de personnes vieillissantes. Chaque personne bénéficie de sa propre chambre et de sa salle de bain privative. Les repas sont préparés et servis par l'atelier cuisine du Service Socio-Professionnel. L'entretien des locaux est réalisé par du personnel de maison. Du fait des besoins en soutiens importants de son public-cible, le personnel du Home la Tour assure un encadrement permanent, de jour comme de nuit (veilles passives), 365 jours par année.

**Foyers** : Situés à Monthey, Martigny, Sion et Sierre, les foyers sont des lieux de vie intégrés dans des immeubles d'habitation et organisés en unités de vie de 5 à 8 personnes. Chaque résident-e dispose d'une chambre individuelle et participe à la vie communautaire du foyer, grâce notamment à la confection des repas et à l'entretien des locaux. L'équipe pluridisciplinaire apporte son soutien à la réalisation de ces différentes tâches, selon les besoins et aptitudes de chacun. Elle travaille avec les personnes hébergées à la réalisation de leurs habitudes de vie, à maintenir leurs acquis et accroître leurs compétences, dans toute la mesure du possible. Le personnel des foyers assure un encadrement de jour comme de nuit (veilles passives), 365 jours par année. Le personnel n'est toutefois pas présent en permanence dans les foyers. Il peut s'absenter durant la journée, par exemple pour des séances de travail ou l'accompagnement d'un-e résident-e ou un groupe de résident-e-s. Certaines nuits ou journées peuvent également ne pas être accompagnées (par exemple le week-end). Dans ces cas, une personne de piquet assure une permanence via un téléphone mobile, et peut, si nécessaire, se rendre au foyer dans un délai raisonnable.

Parmi les foyers, le foyer Mont d'Orge à Sion accueille spécifiquement de jeunes adultes (entre 18 et 30 ans) confrontés aux premières manifestations et conséquences de leur maladie. C'est pourquoi le foyer Mont d'Orge n'est pas un lieu de vie à long terme mais un lieu d'accueil pour des placements courts (trois ans en moyenne). Ces placements courts sont destinés à aider les jeunes adultes accueillis à la compréhension de leurs besoins et difficultés et à déterminer la direction et les mesures à prendre pour une nouvelle orientation ou une meilleure réalisation de leurs habitudes de vie. Du fait des besoins en soutiens importants de son public-cible, le foyer Mont d'Orge assure une présence de nuit (veilles passives) toute l'année.

**Appartements protégés** : Les appartements protégés dépendent des foyers auxquels ils sont rattachés et offrent des places à des personnes qui manifestent une certaine autonomie, ou pour qui une étape de transition entre un foyer et un domicile privé est nécessaire. Le personnel d'accompagnement n'assure pas de présence continue dans les appartements protégés.

**Soutien socio-éducatif au domicile privé (SSED)** : Cette prestation s'adresse à des personnes vivant à leur propre domicile de manière autonome et qui ne nécessitent pas un placement en institution ou une hospitalisation. Dans des cas particuliers et en accord avec les partenaires concernés, le soutien peut se dérouler dans des lieux de vie communautaires gérés par des tiers. Un suivi sous forme de visites à domicile est effectué par un-e référent-e issu-e des équipes des foyers et du home. Il permet d'offrir aux personnes concernées un soutien ponctuel, une à trois fois par semaine.

## **7.2 Ressources**

### **Colloques d'équipes et de service**

Dans toutes les structures, des séances hebdomadaires (colloques d'équipes) réunissent le personnel d'accompagnement, avec ou sans le-la responsable

de service. Les séances ont pour but d'assurer la coordination, la communication, l'organisation et le fonctionnement de la structure. Elles visent également à évaluer la situation des résident-e-s, à valider et réajuster les PAI.

Environ une fois par mois, un colloque de coordination réunit un délégué de chaque structure et le-la responsable de service, afin de traiter de la marche du service, des informations institutionnelles, des préoccupations particulières des collaborateur-trice-s ou des résident-e-s, des actions d'optimisation et des projets institutionnels.

Afin de traiter de thèmes particuliers ou de travailler sur des projets ou des actions d'optimisation, les collaborateur-trice-s du service peuvent être appelés à participer à des groupes de travail.

### **Supervision et formation continue**

L'échange au sujet des pratiques d'accompagnement ainsi que la pose d'un regard extérieur sur ces pratiques sont fondamentaux pour garantir la bientraitance tant à l'égard des accompagnant-e-s que des résident-e-s. C'est pourquoi les collaborateur-trice-s bénéficient de séances de supervision pour le travail d'accompagnement réalisé au sein des structures ainsi que dans le cadre du soutien socio-éducatif à domicile. Les séances de supervision sont menées sur le mode d'analyses de pratiques. Tout le personnel d'accompagnement participe à ces séances, y compris les stagiaires en formation. Sauf exception, le-la responsable de service ne participe pas à ces séances.

De même, les collaborateur-trice-s bénéficient de possibilités de formations continues, selon le règlement de la formation continue de la Fondation Emera.

### **Thématiques sensibles**

Le Service Hébergement peut être confronté à des situations ou des sollicitations concernant des thématiques particulièrement sensibles. Par thématiques sensibles, l'on entend toute situation ou demande ayant une incidence du point de vue légal, moral ou éthique (par ex : assistance sexuelle, assistance au suicide, usage de substances illicites, etc.). Afin que le-la collaborateur-trice ne porte pas seul la responsabilité de gérer ces problématiques complexes, les situations concernant une thématique sensible font l'objet d'une information systématique au-à la supérieur-e hiérarchique. Les actions à entreprendre sont déterminées en concertation avec la direction et les autorités concernées. L'appui d'intervenants externes peut être activé selon les circonstances.

## **7.3 Ressources humaines**

Le Service Hébergement est géré par un-e responsable de service.

Un-e responsable du home gère le Home la Tour à Sion. Il-elle coordonne la gestion et les activités du home avec le-la responsable de service.

Des délégués au sein des foyers représentent leur équipe au sein du colloque de coordination afin d'assurer la coordination et la communication internes au service et la liaison avec la direction. Pour le Home la Tour, le-la responsable du Home participe à ces colloques.

Pour mener à bien la mission du service, les équipes d'accompagnement se veulent pluridisciplinaires, avec du personnel présentant des compétences dans le domaine de l'éducation sociale, la pédagogie curative, les soins infirmiers en psychiatrie ou au bénéfice d'une formation ou d'une expérience jugées équivalentes.

Des tâches spécifiques peuvent être attribuées à certains membres d'équipe : répondant-e sécurité, répondant-e compte bancaire et caisse, soutien socio-éducatif au domicile privé, responsable de séjours de vacances, etc.

Le personnel de maison assure l'entretien des locaux, en coordination avec les équipes et les résident-e-s.

Source : Concept du Service Hébergement (document interne à la Fondation Emera